

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy. 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 essayé d'obtenir la meilleure copie originale. 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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Pagination irrégulière. |

L'ABEILLE MEDICALE

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

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

Vol. I.

JUIN 1879.

No. 6.

L'Asile des Aliénés de la Longue-Pointe.

Le 14 juin dernier, un ordre en conseil fut émané par le gouvernement pour le renvoi immédiat de l'asile d'un certain nombre d'aliénés, sur le rapport du médecin de l'institution, H. Howard, M. D. Les Dames Religieuses de la Providence, qui ont l'administration de cet établissement, avaient d'abord fait rapport au gouvernement que parmi le grand nombre d'aliénés qui devaient être déchargés, il y en avait quelques-uns qu'elles ne considéraient pas encore en état de pouvoir quitter l'asile ; sur quoi le gouvernement répondit que depuis la date de cet ordre, leur entretien serait à la charge des Sœurs et non du gouvernement. Les Religieuses, en conséquence, ont donné avis que le 23 juin dernier tous ceux désignés par l'ordre en question seraient renvoyés, qu'ils soient ou non réclamés par leurs familles. Les Drs Howard et Roy se sont rendus à l'Asile pour renvoyer ceux qu'ils avaient désignés ; mais les Sœurs ont pris sur elles de permettre de rester dans leur établissement à tous ceux qui n'étaient pas assez bien pour être renvoyés, et que les parents n'avaient pas encore réclamés ; d'autant plus que ni le Dr Howard ni le

Dr Roy n'ont montré l'ordre du gouvernement, que les Sœurs avaient le droit d'exiger. Il leur répugnait, en effet, comme sœurs de charité, de laisser partir ces malheureux, ne voulant pas exposer la société à leurs dépradations, vu qu'il y avait parmi eux des fous dont la manie est de mettre le feu partout.

Cette nouvelle du renvoi d'un grand nombre d'aliénés de l'Asile St. Jean de Dieu causa un certain émoi dans le public, et le Dr H. Howard crut devoir intervenir dans cette affaire, et déclarer qu'il est la seule personne en état de donner des renseignements sur ce sujet.

Voici sa lettre adressée au *Herald* :

“ Au Rédacteur du *Herald*,

“ Monsieur,—En réponse au rapport que publie la *Gazette* ce matin relativement au renvoi d'un certain nombre de patients de l'Asile des aliénés de la Longue Pointe, je désire simplement informer le public qu'un ordre en conseil passé le 28 Décembre, m'enjoint de communiquer au gouvernement la première semaine de chaque mois, les noms des patients qui peuvent être renvoyés de l'asile. J'ai suivi ces instructions régulièrement, à l'exception des mois de mars et d'avril, pendant lesquels j'étais retenu chez moi par la maladie.

“ En faisant mon devoir, en faisant renvoyer des patients, j'ai nui aux intérêts pécuniaires des contracteurs. *Hinc illæ lachrymæ.*

“ Je considère qu'il n'est pas nécessaire de répondre au rapport en question, mais qu'il suffit simplement de nier l'exactitude des avancés de votre confrère.

“ Je suis étonné qu'un journal auquel je suis abonné depuis trente ans et dont je connais intimement les propriétaires et les rédacteurs, ait publié une nouvelle semblable sans consulter la seule personne qui était en état de lui donner des renseignements exacts sur ce sujet. Cette conduite

de la part de ce journal est aussi inexplicable que celle d'un de mes confrères qui figure comme un des héros dans le rapport de la *Gazette*.

“ Je suis, Monsieur,

“ Votre, etc.,

“ H. HOWARD, M. D.

“ Montréal, 21 juin 1879.”

Que le Dr. Howard soit abonné à la *Gazette* depuis trente ans, peu nous importe ; mais ce qu'il y a de singulier, c'est qu'il se contente de nier ; aussi lui est-il très facile de nier l'exactitude des faits sans apporter de preuve à l'appui de sa dénégation.

Cette lettre porte deux accusations très-graves : l'une, contre les Dames Religieuses de la Providence : l'autre, contre un médecin distingué.

Le Dr Howard tend à insinuer qu'en faisant son devoir, il a nuï aux intérêts pécuniaires des contracteurs, les Sœurs de la Providence. *Hinc illæ lacrymæ*, dit-il.

Pour qui connaît nos institutions de charité, personne ne doute de l'esprit de sacrifice et de dévouement qui anime les nobles et généreuses Dames qui en ont la direction. Certainement, ce n'est pas des contracteurs de l'Asile de la Longue Pointe dont on peut dire au sujet de leurs intérêts pécuniaires : *Hinc illæ lacrymæ*.

Je ne veux d'autre preuve de leur désintéressement que leur répugnance à chasser ces pauvres créatures abandonnées, bien que le gouvernement eut spécifié que leur entretien serait, depuis la date de l'ordre émané, à la charge des Sœurs.

Comprenant la sublimité de la mission qui leur était confiée, elles faisaient appel à leur charité et à leur dévouement pour travailler dans l'intérêt général de la société et non pour leurs intérêts pécuniaires.

Le médecin, lui aussi, doit être un homme assez ferme et

assez indépendant pour résister à la pression ou à l'influence dans l'accomplissement de son devoir. Lorsqu'on occupe une position officielle, nos intérêts privés doivent s'éclipser devant l'intérêt de l'établissement et surtout devant les intérêts généraux de la société.

Parmi les malades renvoyés, quelques-uns, suivant le Dr Howard, n'étaient pas tout-à-fait guéris ; par conséquent, ils n'étaient pas en état de pourvoir à leur entretien et à leurs plus impérieux besoins.

Il y avait beaucoup de pauvres ; un grand nombre n'avait ni père, ni mère ; d'autres étaient sans parents ni amis.

Les parents pauvres de ces malheureux, qui, eux-mêmes ont peine à pourvoir à leur propre entretien, sont-ils obligés, ou même peuvent-ils leur venir en aide et les soutenir ? Quel sera donc le sort de ces pauvres fous au sortir de cet asile où les soins de la plus douce charité rappelaient peu à peu les lueurs de leur raison ?

Un de ceux que l'ordre mentionnait pour être élargis, nommé Patrick Kennedy, ayant été interné sur le certificat du Dr Hingston, un *reporter* se rendit chez ce Monsieur et eut avec lui la conversation suivante au sujet de la question.

A une interrogation qui lui a été faite à propos de Kennedy, le Docteur dit : Comme Kennedy n'est plus sous mes soins, je préférerais ne pas répondre.

Le *reporter*.—L'objet de ma visite est dans l'intérêt public, et comme j'ai appris que Kennedy avait été enfermé sur votre suggestion, je désire avoir votre opinion sur lui. Sur quoi avez-vous basé votre requête ?

R. Kennedy était mon patient. Je remarquai en lui des signes certains d'aliénation et je le fis admettre à l'asile.

Q. L'avez-vous vu depuis son admission ?

R. A moins de raisons graves, je n'aimerais pas à entrer dans les détails, surtout parce qu'il est sous les soins d'un autre médecin attaché à l'Hôpital.

Q. C'est une question d'intérêt public qui regarde le confort des aliénés du pays, et à moins que vous n'ayez de grandes objections, j'espère que vous me fournirez les renseignements que je désire avoir.

R. Dans les circonstances présentes, je ne vois rien qui doive m'empêcher de donner les informations que je puis avoir.

Q. Alors, quand l'avez-vous vu pour la dernière fois ?

R. Je l'ai vu il y a une quinzaine de jours, d'après les supplications de sa mère, pauvre femme qui vend des légumes sur le marché. M'étant trouvé dans les environs de la Longue-Pointe, je suis allé le voir.

Q. Quelle a été votre impression par rapport à lui ?

R. J'ai eu une longue entrevue avec lui et je suis demeuré convaincu qu'il ne pouvait être mis en liberté.

Q. Croyez-vous qu'il soit incurable ?

R. Je pense qu'il n'a pas été assez longtemps sous les soins médicaux pour pouvoir donner une réponse juste.

Q. Combien de temps a-t-il été dans l'asile ?

R. Plusieurs mois.

Q. Est-il idiot de naissance ?

R. Non. Il était mécanicien, et durant les années qu'il a travaillé de son métier, il a toujours été sobre et industrieux. Il est toujours sous l'impression qu'il est poursuivi par quelqu'un, et la dernière fois que je l'ai vu, il avait encore ces idées. Il ne travaille pas depuis longtemps.

Q. Croyez-vous qu'il soit maintenant en état de gagner sa vie ?

R. Je ne crois pas qu'il puisse jamais être admis dans aucune boutique.

Q. Le rangez-vous parmi les idiots, les imbéciles ou les incurables ?

R. Je ne puis certainement pas le classer parmi les idiots ou les imbéciles, et j'ai déjà déclaré qu'on n'avait pas eu le temps de constater s'il était incurable.

Q. Croyez-vous qu'il puisse vivre en liberté dans la société ?

R. Je ne crois pas qu'il doive être laissé libre tant pour les autres que pour lui-même.

Q. A-t-il donné des signes de furie avant qu'il fut interné ?

R. Il tenait constamment dans la crainte sa mère et ses sœurs, et c'est pour cette considération que sa mère a enfin consenti à le conduire à l'asile ?

Q. Quel âge a-t-il ?

R. Environ 26 ou 28 ans, d'après les apparences.

Q. Est-il fort et a-t-il une bonne santé ?

R. Oui.

Q. D'après ce que vous avez remarqué lors de votre dernière visite à l'asile, pensez-vous que Kennedy pouvait être mis en liberté ?

R. Ne l'ayant pas vu depuis, je ne puis dire comment il est maintenant, mais si son état est le même qu'il y a quinze jours, je suis surpris qu'il soit libre.

Q. Selon vous, croyez-vous qu'il ait pu être guéri depuis la visite que vous fîtes il y a deux semaines ?

R. Non, en comparant l'état dans lequel il était alors à celui dans lequel il était lorsqu'il est entré.

Le Dr Howard n'aimait pas la tournure que donnait à l'affaire le Dr Hingston ; aussi écrivit-il la lettre suivante au Rédacteur du *Star* :

“ MONSIEUR,

“ J'ai été grandement surpris ce matin en voyant le long rapport publié par la *Gazette*, au sujet du dernier renvoi fait à l'Asile de la Longue-Pointe, rapport écrit dans ce style si émouvant qui caractérise plutôt la presse de New-York que la presse canadienne. Mais il est étrange de voir que le reporter ait oublié de me consulter au sujet de cette affaire, étant le seul en état de lui fournir des informations précises et sans prévention. Quant à ce qui concerne le Dr Roy, dans cette affaire il n'a rien à y voir, et les allusions qui lui sont

faites ne sont que de faibles moyens pour m'atteindre. Je suis seul responsable de ces actes ; j'ai donné mon assentiment aux renvois de certains patients de l'Asile, et quelque soit les vues politiques qu'on émet à ce sujet, je ne croirai pas que le public puisse me condamner, en agissant autrement que pour le bien public et le bien-être des patients qui avaient été confiés à mes soins. Quand l'occasion favorable s'en présentera, je serai en état de justifier tous mes actes, mais en même temps, je devrai regarder ce rapport comme un tissu de mensonges du commencement à la fin.

“ Pour ce qui concerne les remarques du Dr Hingston au sujet du patient Kennedy, sans entrer dans la question de l'étiquette médicale, je dirai simplement que j'ai considéré que le meilleur traitement à administrer à Kennedy pour sa guérison parfaite était de le renvoyer ; et quand bien-même il adviendrait qu'il fut obligé de revenir à l'Asile, je ne regretterais pas ce que j'ai fait. J'ai eu l'habitude pendant les vingt dernières années de décharger les patients de l'Asile avant qu'ils eussent complètement recouvré leur raison, et je n'ai jamais eu à le regretter ; je continuerai à agir ainsi, excepté dans le cas où le patient a des idées de suicide ou d'homicide. Le Dr Hingston avant d'émettre ainsi une opinion positive devrait apprendre que les hallucinations ou les illusions ne constituent pas la folie. Si tel était le cas, nos vastes asiles d'aliénés ne seraient pas en rapport avec les nombreuses demandes qu'on y fait. Je n'ai aucun doute que le patient Kennedy sera renvoyé à l'Asile de la Longue-Pointe, si l'on peut obtenir sa réadmission par quelques moyens, et ce ne sera pas le premier cas d'un retour de cette nature.

“ Je n'entrerai pas maintenant dans le mérite des cas que la *Gazette* décrit d'une manière si pathétique, mais je dois refuser entièrement à la Directrice de l'Asile le droit de se prononcer sur qui doit être déchargé et qui doit être retenu. C'est une matière qui doit être décidé seulement par le gouvernement qui, jusqu'à présent, a été entièrement guidé

d'après mes recommandations. Mais je dois faire remarquer qu'un aliéné convalescent comprend le droit qu'il a à sa liberté et devient naturellement furieux quand il est retenu d'une manière illicite ; et très-souvent il perd la raison qu'il venait de recouvrer. En conclusion, je devrais ajouter que ces appréciations ne sont basées que sur le fanatisme colporté dans un journal politique. J'ai été surpris de voir qu'une feuille des prétentions de la *Gazette* ait publié un tel rapport sans s'adresser préalablement, soit directement ou indirectement, à la seule personne en état de fournir des informations authentiques sur le sujet. Mais probablement qu'on a eu en vue, non pas tant la vérité, que l'intérêt politique, et l'on a voulu ainsi donner le coup de pied d'âne à un vieil ami. En autant que cette affaire me concerne, je suis prêt à demander l'enquête la plus loyale et la plus sincère.

Je suis, monsieur,

Votre serviteur,

H. HOWARD, M. D.

Médecin-Visiteur de l'Asile de la Longue-Pointe.

Montréal, 21 Juin, 1879.

En lisant cette lettre, la première impression qui frappe l'esprit est que le Dr Howard ne doute pas un seul instant qu'il soit la seule personne en état de donner des informations formelles. Il est tellement persuadé de la valeur de son avancé, qu'il ajoute : " Je suis seul responsable de ces actes." Et, pour d'autant mieux prouver sa compétence et sa responsabilité, il poursuit : " Je dois refuser entièrement à la Directrice de l'Asile le droit de se prononcer sur qui doit être " déchargé et qui doit être retenu."

Il faut remarquer que le Dr Howard s'est plaint de n'avoir été jusqu'à présent que nominalemeut médecin-visiteur de l'Asile, cependant, il ne se plaint pas de ne pas avoir reçu ses honoraires. Si c'est réellement le cas que le Dr Howard n'a jamais joui des pouvoirs et de l'influence attachés à sa posi-

tion officielle, c'est sans doute parce qu'il préférerait son confort personnel à l'accomplissement de ses devoirs, en demeurant à six milles de l'Asile, au lieu de surveiller ses malades attentivement. Il a pu arriver que, vu l'éloignement du médecin, la Sœur Directrice ait pu donner son opinion aux parents sur l'état dans lequel se trouvaient quelques aliénés. Puisque le Dr Howard affirme qu'il est la seule personne responsable de ces actes, il devrait savoir dans quel état d'esprit sont maintenant ceux qu'il a déchargés comme guéris. S'ils étaient réellement guéris lors de leur renvoi, une détention volontaire de quelques jours ne pouvait les faire retomber. La contrariété d'être retenu les aurait-elle fait retomber, la défiance dont on les aurait entourés dans leur famille aurait pu être semblablement cause de rechute, s'ils n'étaient pas tout-à-fait guéris. D'autant plus qu'il est déjà arrivé, que le médecin aliéniste a pu voir un malade pendant les périodes de lucidité et le décharger ; tandis que les personnes qui vivaient avec lui s'apercevaient qu'il n'était pas guéri, surtout si l'on considère la difficulté qu'il y a de diagnostiquer, en pareille matière, sur le plus ou moins d'intelligence.

En somme, le gouvernement ne peut se refuser à une enquête sur ce sujet, enquête qui lui est demandée par la société et par le Dr Howard lui-même qui est le seul responsable de ces actes. Car on ne devrait pas accepter un tel rapport, parcequ'il est moralement impossible qu'un aussi grand nombre d'aliénés soient guéris à la fois.

Aucun malade ne devrait être déchargé que sur l'avis d'au moins de uxmédecins étrangers à l'Institution. Cette demande est d'autant plus juste qu'on exige le certificat de deux médecins pour faire interner ces pauvres créatures.

Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques réflexions sur ce sujet :

Un citoyen respectable perd la raison ; deux médecins don-

nent un certificat, on le traduit devant un juge, et on le conduit à la prison.

Un homme d'un caractère douteux commet un crime ; la police l'arrête, on le traduit devant un juge, et on le conduit à la prison.

Quel est alors la différence entre ces deux personnes ?

Il serait donc plus humain de ne pas traiter un pauvre aliéné comme un criminel. Aussi serait-il avantageux d'avoir un établissement où les aliénés pourraient être internés en attendant l'ordre du gouvernement de les conduire dans une maison de santé.

Il peut arriver que durant les délais nécessaires pour attendre l'ordre du gouvernement, la maladie continue à faire des progrès, et que plus tard toutes chances de guérison soient disparues, lorsque le médecin de l'asile institue le traitement.

Pour obtenir le transport d'un aliéné de la prison à l'asile, il faut plusieurs formalités, v. g. : la présence d'un juge de la Cour Supérieure, du shérif et de deux médecins. Si l'on veut conserver toutes ces formalités pour obtenir qu'un aliéné soit interné, la Société a droit d'exiger les mêmes formalités pour que ces aliénés puissent obtenir leur élargissement, après que leur guérison a été dûment constatée.

G. O. BEAUDRY, M. D.

De la Herniotomie.

A Monsieur le Rédacteur-en-chef de L'ABEILLE MÉDICALE,

MONSIEUR,

Je vous sou mets humblement quelques notes recueillies à l'occasion d'une opération de kélotomie que j'ai pratiquée le lendemain de mon arrivée dans ma paroisse, après ma réception. J'expose tout avec sincérité, et si vous croyez que ces remarques puissent être utiles à quelques-uns de mes confrères.

res, je vous demanderai de les publier dans votre journal intéressant. Le succès n'a pas couronné cette première tentative, mais vous pouvez voir aussi dans quelles conditions défavorables je me trouvais.

Je ne puis m'empêcher ici, monsieur le Rédacteur, de remercier cordialement la Faculté de Médecine Victoria, et je ne sais comment exprimer les sentiments de gratitude que j'éprouve envers notre très-estimé professeur de chirurgie, le Docteur Munro. Je n'oublie pas non plus le Dr Brosseau, qui nous a donné de si savantes cliniques sur ce sujet, et qui est peut-être celui qui ait le plus contribué à nous inculquer la science chirurgicale.

Ce n'est pas sans un sentiment pénible et presque d'effroi, que j'ai entrepris de faire, à peine reçu, une opération aussi grave que la herniotomie, mais il est des circonstances où il n'est pas permis d'hésiter, et ni la difficulté, ni la grandeur de la responsabilité ne doivent jamais faire faiblir le médecin devant son devoir. J'avais confiance, et cette confiance reposait sur les préceptes comme sur l'exemple des éminents professeurs dont j'ai parlé plus haut; et le cas que je rapporte est un véritable succès pour moi, car l'entourage du patient était intelligent, et j'ai été jugé favorablement.

Honneur donc à l'École de Médecine; honneur à ses professeurs, à ces hommes désireux de répandre les bienfaits de la science médicale; j'ai confiance dans l'avenir d'une telle Institution.

Veuillez me croire, etc.,

ALBERT LAURENDEAU, M. D.

St. Gabriel de Brandon, 18 avril 1879.

Le premier avril, nous fûmes demandés mon père et moi auprès de monsieur Narcisse N..., vieillard âgé de 72 ans, porteur d'une hernie inguinale droite qui datait d'au moins trente ans. Ils'étaient toujours fabriqué lui-même les bandages

qu'il avait portés et comme il y a lieu de le penser, ces bandages avaient toujours très-mal contenu sa hernie. Aussi se reproduisait-elle très-souvent, une fois et même plus par semaine. Jusqu'alors il avait toujours réussi à la réduire en se faisant sur lui-même un taxis modéré. Mais elle s'est reproduite ce premier avril vers six heures du matin, et malgré beaucoup d'efforts, il ne put la réduire. Nous arrivâmes vers 8½ heures A. M. La tumeur, à peu près de la grosseur du poing, était extrêmement douloureuse, la moindre pression y déterminait des douleurs violentes, le malade était très-anxieux, il avait de fréquentes nausées, tout faisait présager un étranglement considérable.

Nous administrâmes le *chloroforme* jusqu'à relâchement musculaire complet, en même temps, nous fîmes des applications locales continuelles de neige.

Aussitôt qu'il fut complètement anesthésié, nous pratiquâmes le taxis sans interruption pendant 25 minutes. J'eus alors la triste certitude que la hernie était irréductible. J'aurais bien désiré pratiquer l'opération immédiatement, mais il fallut forcément retarder pour lui permettre de faire son testament; et par des circonstances incontrôlables, nous ne pûmes commencer qu'à trois heures de l'après-midi.

Le diagnostic était bien établi, et nous étions tous unanimes, O. Lambert, M. D., mon père, qui est médecin, et moi, quant à l'opportunité d'opérer. J'augurais cependant assez mal des suites, à cause des symptômes qui étaient survenus. Ainsi, vers midi, la douleur diminua beaucoup, le pouls devint filiforme, intermittent, la prostration était extrême; enfin, tout faisait prévoir le sphacèle. Néanmoins, nous optâmes pour la kélotomie, pensant qu'une plus longue expectation serait blâmable. Comme nous n'avions que fort peu de chloroforme, j'essayai l'anesthésie par le chloral, et pour arriver à ce but, je lui en administraï environ 60 grains. Au bout de dix minutes je répétai la dose, parce que la première avait été renvoyée presque immédiatement après son admi-

nistration. Quelques inhalations anesthésiques suffirent ensuite pour amener l'insensibilité ; puis, je commençai l'opération, assisté du Dr Lambert, de mon père et de deux autres aides intelligents. Je suivis à la lettre les préceptes donnés par Guérin (dans son manuel opératoire) en m'aidant aussi des conseils de notre respecté professeur de chirurgie, le Dr Munro.

Je pratiquai d'abord une incision dans le sens de la tumeur s'étendant du commencement du scrotum jusqu'à vis-à-vis l'anneau inguinal interne, puis je divisai les fascias et le tissu adipeux sous-jacent sur la sonde cannelée. Arrivé sur le sac, que je reconnus assez facilement à sa couleur, son immobilité, etc., je débridai l'anneau externe directement en haut, comme le recommandent les meilleurs chirurgiens, mais cet anneau n'était pas le seul agent constricteur, car le collet du sac étranglait aussi considérablement la partie herniée. J'ouvris le sac sans hésiter, et voici dans quel état était le contenu. D'abord la hernie était à la fois épiploïque et intestinale. La masse épiploïque était presque de la grosseur du poing et seulement un peu congestionnée ; mais, chose remarquable, l'intestin (grêle) hernié, long d'environ trois à quatre pouces, était dans un état de gangrène complet. Il était d'une couleur noire et assez ramolli pour être réduit en pulpe sous le doigt par une pression modérée. Alors je réduisis l'épiploon et je ligaturai l'intestin, après l'avoir ouvert, aux lèvres de la plaie, afin d'obtenir un anus contre nature. L'opération dura 12 à 15 minutes et il n'y eut que très-peu d'hémorrhagie.

L'opéré resta ensuite dans un état semi-comateux depuis l'opération jusqu'au lendemain matin ; le pouls était irrégulier et devenait presque insensible par moment. Les matières fécales s'écoulaient facilement par la plaie. Sur la matinée, les fonctions de nutrition s'améliorèrent notablement, le pouls devint normal, mais l'intelligence demeura presque continuellement dans un état de torpeur que rien ne put dissiper.

Vers le soir, (2 avril) la réaction inflammatoire commença, la température augmenta sensiblement, le pouls monta à 100, tous les symptômes enfin d'une péritonite éclatèrent. Cet état alla s'empirant jusqu'à la mort, qui arriva peu après minuit, malgré l'emploi des antiphlogistiques conseillés en pareille circonstance.—(A continuer.)

ALBERT LAURENDEAU, M. D.

Etude sur la valeur séméiologique de l'Ecthyma.

L'étude des maladies de la peau fait voir que la plupart de ces affections sont dépourvues d'existence propre, individuelle, et qu'elles n'apparaissent le plus souvent qu'à titre de manifestations symptomatiques, et de phénomènes secondaires. Les unes succèdent à des causes purement locales (affections parasitaires), les autres se rattachent, au contraire, à des conditions d'ordre général, accidentelles ou constitutionnelles. D'autres enfin peuvent naître également sous l'influence de ces deux ordres de causes.

Considérée à ces points de vue, l'étude des affections cutanées est donc très-utile, et non nécessaire au médecin praticien. Je dirai plus : le nouveau diplômé sortant de l'Université éprouvera bien souvent des difficultés dans son diagnostic auprès du malade, s'il n'a suivi dans ses études médicales un cours spécial de dermatologie. Mais, me dira-t-on, les maladies de la peau n'étant pas enseignées d'une manière spéciale dans nos facultés de médecine, c'est une lacune que vous voulez signaler dans l'enseignement médical de ce pays. Veuillez croire, Mr. le Rédacteur, que l'observation que je fais aujourd'hui, n'a pas pour mobile l'ostentation ni l'esprit d'une critique déplacée, je sou mets l'observation au public médical avec toute l'humilité qui convient au jeune médecin.

Mon but dans cet article est de rendre service à mes confrères futurs ; heureux si je puis contribuer, par mon humble travail, à l'avancement médical chez mes concitoyens. Dans un jeune pays comme le Canada on ne doit pas exiger de suite autant de perfection dans le système d'enseignement médical qu'on en rencontre en Europe, nos ressources étant limitées. Ce n'est qu'à force de sacrifices et de bonne volonté que les professeurs de l'Université Victoria, par exemple, ont réussi à donner à leurs élèves un enseignement médical qui, s'il n'est pas complet, du moins, n'est surpassé par aucune autre. Université de ce pays. Ce n'est que petit à petit que l'enseignement est parvenu à un degré aussi avancé. En effet, les études n'étaient pas aussi complètes lors de l'ouverture de cette Ecole, qu'elles le sont à présent. On a créé plusieurs chaires nouvelles depuis sa fondation, et, si je ne me trompe, il n'y a pas plus de trois ou quatre ans, que la Faculté Médicale de votre Université, ressentant avec raison la nécessité d'un professeur des maladies des yeux, créa une chaire d'Ophthalmologie. Pourquoi la session 1879-1880 ne s'ouvrirait-elle pas avec une nouvelle chaire, celle de *Dermatologie* ? L'intelligence des Canadiens n'est-elle pas assez vaste pour recevoir effectivement une nouvelle somme de connaissances ajoutée à celle déjà si considérablement reçue ? Certes, oui. Eh bien, s'il en est ainsi, c'est à Messieurs les professeurs des Universités à se mettre à l'œuvre. Je ne vois pas pourquoi, vous, Messieurs de l'Université Victoria, vous ne prendriez pas l'initiative.

Mr le Rédacteur, le numéro de votre journal pour le mois de Juin, devant paraître prochainement, et ayant l'intention de continuer ma correspondance dans les numéros subséquents, je constate cette lacune dans l'enseignement médical au commencement de cet article, afin que, si ma faible voix trouve un écho chez mes professeurs, et s'ils jugent à propos de prendre ma suggestion en considération, et accorder ce qu'elle sollicite, ils aient le temps d'agir avant l'ouverture de la prochaine session.

Ces quelques remarques faites, en passant, sur l'enseignement médical, je continue le sujet de ma correspondance :

Quelques mois, passés à l'hôpital St Louis, à Paris, m'ont permis de traiter ce sujet convenablement, et d'utiliser les précieuses ressources des cliniques de cet établissement, et les renseignements des maîtres qui le dirigent. Mais je ne saurais l'aborder sans adresser auparavant des remerciements à Messieurs les Docteurs Vidal et Besnier, qui m'ont aidé de leur expérience, et à monsieur le Docteur de Beurmann qui m'a ouvert les portes de ces salles, et m'a favorisé de ses cliniques privées.

L'ecthyma peut exister sous deux formes bien distinctes : la forme aiguë et la forme chronique. L'ecthyma aigu fera l'objet des considérations renfermées dans ce premier article.

Le type de la pustule ecthymatique nous est fourni en quelque sorte par l'éruption que produit l'application du tartre sibié sur la peau. Les pustules développées sous l'influence de cet agent sont très-régulièrement arrondies, plates, enchassées dans le tissu de la peau, entourées d'une auréole assez vive dans l'espace de quelques lignes. Le liquide qu'elles contiennent est, dès le début, louche, opaque et même purulent. Au bout de quelques jours les pustules s'affaissent et perdent leur résistance et leur plénitude; elles semblent quelque fois s'ombiliquer au centre comme une pustule variolique, enfin la vésicule se perfore, le liquide se concrète, et une petite croûte noirâtre se forme du centre à la circonférence. Le volume de la pustule varie entre celui d'une lentille à celui d'une pièce de vingt centins. A la chute de cette croûte, on observe un ulcère du derme, siège d'une suppuration plus ou moins abondante qui donne naissance à de nouvelles croûtes, et ainsi la lésion peut se perpétuer pendant un long espace de temps. A un moment donné, le fond de l'ulcère devient rose, se couvre de bourgeons charnus qui ne laissent après eux qu'une simple maculation, s'il n'a

existé qu'une ulcération, ou une véritable cicatrice plus ou moins déprimée s'il a existé un véritable ulcère.

J'ai dit, au commencement de cet article, que l'ecthyma pouvait être de causes externes ; ces causes sont les irritants (tartre stibié), les parasites, injection de l'arsenic, etc., etc. Je ne fais que les mentionner sans autre développement ; l'étude de l'ecthyma de causes internes devant atteindre plutôt le but que je me suis proposé.

Les causes internes qui peuvent donner lieu à cette affection sont : les fièvres éruptives, les inflammations aiguës, et les diathèses.

L'ecthyma aigu simple se montre quelquefois dans le cours de certaines maladies fébriles, et principalement dans celui de la variole, plus rarement dans la scarlatine et la rougeole. L'époque où il apparaît est variable ; mais c'est généralement à la période de décroissance de l'éruption principale, et le moment où le malade entre en convalescence, que l'on voit survenir ces poussées ecthymoides qui méritent à peine le nom de complication. Son apparition est quelque fois marquée par un retour momentané du mouvement fébrile. Le développement d'un ecthyma, dans le cours de la variole, ou de toute autre fièvre éruptive, doit être considéré, d'après Mr. Bazin, comme un phénomène *symptomatique* ou *critique*, au même titre que celui du furoncle qui vient compliquer si souvent la convalescence de ces maladies. Mais il ne faudrait pas accorder une importance trop grande à cette coïncidence, qui mérite à peine d'être rangée parmi les complications, ni croire, avec certains auteurs, que l'apparition de l'ecthyma dans le cours de la variole est toujours d'un mauvais présage. Ce fait ne comporte, en général, aucune signification pronostique réellement sérieuse, et ce n'est qu'alors que la maladie principale s'est montrée elle-même empreinte dès le début d'une gravité particulière que l'apparition de l'ecthyma peut nous faire craindre une terminaison fatale de la maladie.

C'est encore à titre de phénomène symptomatique ou critique que l'ecthyma aigü vient compliquer certaines inflammations, telles que la pneumonie ; cette coïncidence a été remarquée une fois à l'hôpital St. Louis en 1875.

Elle doit être assez rare, peut-être accidentelle, puisque Grisolle dans son traité de la pneumonie ne la cite point au nombre des phénomènes critiques susceptibles d'apparaître durant le cours de cette maladie.

L'ecthyma de causes diathésiques ou constitutionnelles, offre sans contredit le plus d'intérêt, au point de vue de sa valeur séméiologique. Ainsi l'on rencontre bien souvent l'ecthyma chez les gens qui présentent les attributs du tempérament lymphatique, signe fréquent de la diathèse scrofuleuse, chez les individus à chairs molles, flasques, à tendances pyogéniques, pour qui tout est prétexte à suppuration. Les enfants et les femmes qui réalisent si souvent les conditions précédentes, et qui de plus ont la peau d'une finesse et d'une impressionnabilité beaucoup plus grande que celle des adultes, sont également très-sujets à ce genre d'affection. D'autre part les individus débilités par les mauvaises conditions de la vie ordinaire, ceux qu'une alimentation malsaine et insuffisamment réparatrice, l'habitude d'un logement humide et insalubre, la misère sous toutes les formes, ont conduits à l'épuisement, ceux-là contractent aussi très-fréquemment des éruptions ecthymatiques lorsqu'ils sont soumis à une cause quelconque d'irritation. Du reste, il est à remarquer que ces mêmes individus sont ceux qui sont le plus exposés à contracter des maladies cutanées ayant surtout un caractère humide.

En résumé, l'existence d'un ecthyma coïncidant avec un état de santé offrant les caractères ci-dessus mentionnés, devra nous porter à croire que le sujet atteint de cette affection offre plutôt les signes d'une diathèse scrofuleuse : et le traitement devra surtout porter sur les remèdes anti-scrofuleux, tels que l'huile de foie de morue, les viandes crues, etc.

L'ecthyma symptomatique peut, quoique plus rarement, se rencontrer dans la diathèse syphilitique, mais, comme dans cette dernière, il présente plutôt un caractère chronique j'en réserverai l'étude pour la seconde partie de ma correspondance.—*A continuer.*

DR. SYLVESTRE.

Sorel, 15 Juin 1879.

ALCOOL.—(Suite et fin.)

Les choses, au contraire, se passent tout autrement dans une autre sorte de fièvre, dans les fièvres malignes, putrides, infectieuses, adynamiques, etc..... Les malades ont alors, il est vrai, une température élevée ; mais la combustion est chez eux peu active. Les urines ne présentent plus d'excès d'urée, à peine un léger excès d'acide urique. On y trouve, par contre, des matières non brûlées, de l'albumine, des substances grasses et cette matière chromatogène que nous avons appelée *indigose urinaire*, quoiqu'elle diffère de l'indigo en ce sens que l'acide nitrique, l'ozone, qui ne la détruisent point, détruisent l'indigo.

En même temps et malgré cette diminution de la combustion respiratoire, chez des sujets atteints, par exemple, de fièvre typhoïde, il y a à peine perte de poids. Les malades ne commencent à maigrir et à perdre de leur poids qu'au moment où il y a de l'amélioration dans leur état.

Les symptômes subjectifs perçus par les malades sont alors tout différents de ceux de la fièvre franche. Ils ont du délire, mais ils ne souffrent point trop de la chaleur. Ils acceptent volontiers des boissons stimulantes, du vin, des liqueurs.

Une différence importante entre cette fièvre adynamique et la fièvre franchement inflammatoire consiste dans le maintien, la constance de la température.

Dans les fièvres adynamiques, fièvre typhoïde ou autre, la température ne se maintient pas, Le sujet semble, pour ainsi dire, n'être plus un animal à température stable et constante. Malgré l'élévation morbide de sa température, ses mains exposées hors du lit, au contact de l'air, se refroidissent promptement. Au contraire, dans les fièvres inflammatoires, bien qu'en dehors du lit, les mains du malade se maintiendront à 39° ou 40°, selon l'état de la température interne.

Mais continuons encore l'étude physiologique intime de l'état des malades dans les fièvres adynamiques.

Nous savons que, dans l'état normal, la chaleur produite se transforme en force musculaire, en actes cérébraux, volition, etc. ; dans l'état de fièvre que nous décrivons, il n'y a pour ainsi dire point de forces dépensées. Les sujets sont incapables de mouvement, incapables de contraction musculaire, aussi bien que d'effort de volonté. L'absence d'actes organiques explique donc, en l'absence de combustions internes, l'élévation de leur température ; la chaleur qu'ils produisent n'est point transformée et toute leur force évolue sous forme de chaleur.

Ces considérations ne sont point étrangères à notre sujet, elles nous y ramènent directement, et vont nous indiquer les règles à suivre pour l'administration de l'alcool dans les fièvres :

Il ne faut jamais employer l'alcool dans les phlegmasies franches, ni dans les fièvres inflammatoires. Cependant on a conseillé, au début d'une fièvre éruptive, de la variole, par exemple, d'administrer de l'alcool quand l'éruption ne se fait pas, dans le but de la déterminer, à l'aide de la stimulation produite. Nous n'approuvons point cette manière de faire. Dans une fièvre éruptive dont l'exanthème n'apparaît point, il est de beaucoup préférable d'avoir recours aux moyens d'abaisser la température, aux lotions froides, aux vomitifs, etc., etc.

Cependant si la maladie prenait le caractère dépressif, si l'on avait lieu de supposer que la plasticité du sang fut déficiente, les stimulants, et parmi eux, les alcooliques, pourraient devenir utiles.

Nous pouvons poser comme règle générale qu'il ne faut jamais donner d'alcool toutes les fois qu'avec une température élevée il y a, pour ainsi dire, parallèle entre la calorification et les combustions.

Ainsi, pour citer quelques faits particuliers, nous dirons qu'il ne faut jamais donner d'alcool dans le rhumatisme articulaire aigu, surtout quand il existe des lésions viscérales. Il faut le rejeter également du traitement de toutes les phlegmasies du système nerveux, dont il ne pourrait qu'augmenter l'exaltation fonctionnelle.

Dans l'esquinancie, si souvent accompagnée de fièvre intense, l'alcool est encore formellement contre-indiqué. D'ailleurs dans cette affection, et les autres maladies de même ordre, les malades ne recherchent que les sensations de fraîcheur, et refuseraient d'eux-mêmes les boissons alcoolisées. Il n'en est pas autrement de la grippe, de la bronchite très-intense, de la péripneumonie au début et de toutes ces affections franchement inflammatoires dans lesquelles les pauvres malades, dévorés par une fièvre intense, souffrent surtout de la chaleur ardente qui les accable. Dans ces cas, l'alcool ne ferait qu'exagérer les symptômes et produirait souvent du délire.

L'érysipèle franc, saisonnier, n'est pas non plus justifiable des alcooliques.

Les affections malignes elles-mêmes, infectieuses, qui doivent plus tard revêtir le caractère adynamique, ne réclament point à leur début le traitement par l'alcool ou les alcooliques. C'est seulement quand la fièvre est moins intense, quand le sang n'est plus inflammatoire, c'est-à-dire généralement vers le second septénaire, qu'on pourra faire usage

de ce mode de traitement. Jusqu'alors c'est plutôt à la médication antiphlogistique proprement dite qu'il est bon d'avoir recours.

Quelquefois on voit fort bien la transition se faire entre les deux états inflammatoire et adynamique. Les urines montrent cette transition. Nous les appelons urines de transition. L'examen journalier des urines est donc fort utile puisqu'il doit nous mettre en garde contre la continuation d'un traitement qui deviendrait nuisible.

L'alcool et les stimulants de divers ordre que nous venons de proscrire dans tous les cas purement inflammatoires, sont au contraire utiles toutes les fois qu'il y a perversion et non point seulement simple exaltation des fonctions. Les alcooliques sont alors indiqués, et c'est un usage vulgaire de les employer sous forme de vins généreux et de liqueur dans ces fébricules épuisantes qui accompagnent les diathèses, la diathèse tuberculeuse entre autres.

Se trouvent encore bien de l'alcool ces angines de mauvais caractère, telles que les angines ulcéreuses, couenneuses et diphthériques. Cet agent est alors utile, non point seulement comme topique, mais aussi par son administration intérieure, en permettant au sujet de réagir contre l'action dépressive du miasme. Il est alors avantageux au moins au même titre que ces stimulants d'un autre ordre, que les balsamiques si souvent prônés, cubèbe et copahu.

Si l'alcool doit être écarté du traitement des rhumatismes articulaires aigus, il peut s'utiliser avec avantage dans plusieurs formes de rhumatisme asthénique et même de goutte, par exemple dans les cas peu caractérisés où une première jointure s'étant prise, un premier mouvement fébrile étant apparu, l'affection semble rétrocéder pour reprendre peu après sur un autre point, affecter une autre jointure. L'alcool et les autres stimulants font alors sur l'économie l'effet d'un coup de fouet à la suite duquel la maladie prend une allure plus franche.

Contre-indications de l'alcool.—L'alcool est absolument contre indiqué dans toutes les maladies franchement inflammatoires à forme cyclique et régulière.

Dans ces maladies, dont la pneumonie franche ou péri-pneumonie peut être prise pour type, la fièvre est extrêmement intense, la chaleur très-élevée : aussi les boissons alcoolisées, le vin, et à plus forte raison l'alcool lui-même et tous les autres stimulants, ne peuvent qu'exciter encore les fonctions de circulation et de calorification déjà exaltées. Les sujets atteints de ces affections et dévorés par la fièvre ardente qui en est la caractéristique ne prendraient qu'avec répugnance ces boissons échauffantes, dont l'ingestion redoublerait leurs souffrances et augmenterait surtout la sensation si pénible de chaleur mordicante. C'est aux boissons fraîches et acidulées qu'il faut alors avoir recours. Beaucoup plus agréables aux malades, elles leur sont, en même temps, plus véritablement utiles.

Indications de l'alcool dans les fièvres malignes et adynamiques.—L'alcool peut, en principe, se montrer avantageux dans toutes les affections à forme maligne, infectieuse et adynamique.

Dans toutes les maladies infectieuses, telles que fièvre typhoïde, scarlatine, variole, etc., on observe trop fréquemment, à un moment donné, une adynamie profonde à laquelle se joignent des phénomènes d'ordre nerveux, tels que du délire, des soubresauts de tendons, etc. Quelquefois une altération profonde du sang existe en même temps et se révèle à l'observateur par une tendance hémorrhagique plus ou moins prononcée. Dans la variole, par exemple, en même temps que les pustules deviennent ecchymotiques, on peut observer de l'adynamie, du délire et des symptômes convulsifs.

C'est dans ces conditions que les stimulants sont indiqués, l'alcool à leur tête, sous quelque forme que ce soit.

L'alcool convient encore parfaitement à certaines formes d'érysipèle, à l'érysipèle infectieux d'abord. On voit souvent survenir dans les salles des hôpitaux, et sévir sur un grand nombre de malades, un érysipèle de nature grave, épidémique et, comme tel, alternant parfois avec l'infection purulente. La tendance à l'ataxie et à l'adynamie est fréquente dans cette forme d'érysipèle contre laquelle il sera, pour ainsi dire, indispensable d'utiliser l'alcool et tous les moyens capables de tonifier et de soutenir l'organisme.

L'alcool ne convient pas moins à cette forme particulière d'érysipèle de la face survenant souvent à la période menstruelle chez de jeunes filles lymphatiques et qui coïncide avec l'absence ou l'apparition incomplète des règles.

Au contraire, dans l'érysipèle franc, saisonnier par exemple, qui s'accompagne d'une forte fièvre avec augmentation de l'urée et quelquefois présence dans l'urine d'une certaine proportion d'albumine, on doit absolument s'abstenir de donner l'alcool.

D'ailleurs, c'est ici le cas de remarquer, en manière de digression, combien l'état général des malades, leur tempérament, leur constitution exercent une notable influence sur le caractère et l'allure des inflammations.

Par conséquent, dans des maladies portant le même nom, le traitement doit varier du tout au tout suivant l'état général. Pour le thérapeute " il n'y a point de maladies, il n'y a que des malades."

La pléthore et l'anémie, par exemple, exposent l'une et l'autre aux inflammations ; mais ces dernières revêtent dans les deux cas des caractères bien différents.

Chez le pléthorique, la phlegmasie est franchement inflammatoire. Elle est extensive et tend à prendre des formes graves il est vrai, par l'excès même de l'inflammation, mais de courte durée.

L'anémie imprime aux affections phlegmasiques une allure bien tranchée, moins immédiatement redoutable, plus lente, mais plus durable.

Pour en revenir, par exemple, à l'érysipèle de la face dont nous parlions tout à l'heure, un pléthorique ne peut être atteint de cette affection sans que sa vie soit compromise. Un anémique ne s'en trouve point en danger ; mais si le premier se tire d'affaire et triomphe des premiers accidents, il guérit facilement et rapidement, tandis que chez le second la maladie traîne en longueur et tend à devenir chronique.

Evidemment, chez le pléthorique et chez l'anémique la thérapeutique doit varier du tout au tout.

Chez le premier on emploie les émissions sanguines, les moyens de spoliation, les émétiques et les purgatifs ; chez le second on s'efforce de tonifier la constitution délabrée à l'aide de l'alcool, des corroborants et des stimulants de tout genre, puis à l'aide d'aliments substantiels, de l'air de la campagne et de l'ensemble des moyens hygiéniques de reconstitution.

La scrofule, la tuberculose, la diathèse carcinomateuse, le rhumatisme, la goutte, le diabète albumineux ou sucré, etc., comme la pléthore et l'anémie, modifient encore de façon différente le caractère des inflammations et la marche des affections fébriles.

Ainsi, les sujets affaiblis, surmenés par une fatigue physique, intellectuelle ou morale, suppurent très facilement et les maladies prennent facilement chez eux la forme maligne.

Les habitants des villes, des grands centres d'industrie et de population, les personnes malpropres, celles qui vivent dans un air habituellement vicié, etc., sont plus exposées que les autres à la malignité. Rien n'est plus fréquent que de voir chez elles les angines les plus simples prendre la forme gangréneuse.

Chez les sujets qui suppurent déjà, qui entretiennent des exutoires, des cautères, des sétons, la moindre suppuration devient interminable et se reproduit pour la plus faible cause.

Les diabétiques sucrés, ainsi que les diabétiques albumineux, sont très-exposés à tous les accidents de suppuration et de gangrène.

On sera donc dans la nécessité d'éviter dans ces derniers cas l'emploi des vésicatoires, des cautères, des sangsues et même des ventouses et de la saignée.

Mais revenons à notre sujet et abordons maintenant les indications, si importantes à connaître aujourd'hui, de l'alcool dans la pneumonie.

Un certain nombre de praticiens donnent l'alcool à tout venant, dans le traitement de la pneumonie. Ils l'appliquent, pour ainsi dire, à tous les cas. C'est une exagération très-fâcheuse.

Dans la pneumonie franche, sans caractère malin, quand les urines sont rouges, chargées d'urée, d'acide urique et d'un peu d'albumine provenant d'une active dénutrition globulaire, on ne doit jamais donner d'alcool, sous quelque forme que ce puisse être.

Par contre, quand la température axillaire se maintient entre 39° 40° et 41°, chez un sujet abattu et dans un état de torpeur prononcée, quand ce malade, brûlant dans l'intérieur du lit, se refroidit facilement lorsqu'il est exposé à l'air, quand l'urine est albumineuse et renferme avec de l'indigose urinaire peu d'urée et peu d'acide urique, en un mot, dans les cas où l'état typhoïde est constitué avec ses caractères, l'alcool sous forme de vins, d'eau vineuse, de liqueurs et de potions auxquelles on ajoute d'autres stimulants, est impérieusement indiqué.

Dans la pneumonie des alcooliques, ou pour employer un mot plus juste, des sujets alcoolisés, quand il y a des troubles et des lésions organiques, on devra fortement insister sur l'emploi de l'alcool et sur l'alimentation. On devra en même temps se montrer très-ménager d'émissions sanguines. Chez les alcoolisés, les phlegmasies prennent trop souvent avec rapidité le caractère typhoïde adynamique.

Le *delirium tremens* au début, quand il n'est encore qu'une sorte de névrose, peut être avantageusement traité par l'alcool et par l'opium. Mais, après quatre ou cinq jours, si l'état

du sujet ne paraît pas s'amender, on doit craindre qu'un certain degré d'hyperhémie ne se soit joint à l'élément morbide primitif. Si le fait est confirmé, le médecin doit changer ses batteries et s'efforcer de calmer cette hyperhémie, au lieu de l'augmenter, ce qui arriverait s'il permettait de continuer l'usage de l'alcool.

Potion de Todd.—La potion de Todd, dont l'usage est si répandu, se compose d'alcool étendu d'eau.

Le professeur Béhier formulait ainsi la potion de Todd :

R. Eau..... 100 grammes.
Alcool ordinaire..... 100 —

Naturellement il est loisible au médecin de varier cette formule et d'ajouter dans cette potion diverses autres substances par exemple le sirop de morphine. Nous faisons un fréquent usage de cette dernière association, et la potion de Todd ainsi morphinée a reçu dans notre service à l'hôpital Beaujon le nom d'*illico morphiné*, en considération de la rapidité et de la facilité de sa préparation.

Doses pour l'administration de l'alcool.—L'alcool doit être habituellement administré par doses fractionnées. Ce procédé des doses fractionnées a pour but d'en soutenir l'action, c'est-à-dire d'entretenir les sujets dans un état d'excitation alcoolique modérée.

Il est bon, dans tous les cas, de ne pas dépasser une certaine mesure, car quoiqu'on ait dit, il faut toujours éviter l'ivresse.

On peut, par exemple, donner toutes les deux heures ou toutes les heures une cuillerée de la potion de Todd ; les doses doivent d'ailleurs varier avec l'âge, les forces, la constitution du sujet, et aussi avec l'intensité des accidents qui compliquent la maladie, tels que asthénie, stupeur, ataxie, etc., etc.

Quelquefois, on donne sans inconvénient jusqu'à 100, 150, 200 et même 300 grammes d'alcool dans les vingt-quatre heures.

La tolérance de l'organisme pour l'alcool varie du reste selon l'âge et les autres conditions, elle varie surtout suivant les habitudes antérieurement contractées par les malades. C'est pour cet agent à peu près la même chose que pour l'opium, et si l'on a affaire à des buveurs endurcis, ils en supportent des quantités énormes.

D'ailleurs on a vu des enfants affaiblis atteints, par exemple d'angines gangréneuses, auxquelles il était possible d'administrer avec avantage jusqu'à 150, 200 et 300 grammes d'alcool. La tolérance des malades pour l'alcool varie donc, nous le voyons, avec chaque cas particulier. Il appartient au praticien de savoir la reconnaître.

Erection d'un Monument à McDowell.

Le 14 mai a eu lieu à Danville, Kentucky, l'inauguration d'un monument érigé par la profession de Kentucky à la mémoire du Dr Ephraim McDowell, le père de l'ovariotomie. La cérémonie, du caractère le plus imposant, eut lieu en présence d'une foule immense venue de tous les points de l'état et du pays. Le discours de circonstance, prononcé par le Dr Gross, dura une heure et quart, et fut écouté avec l'attention la plus vive. Après quoi, on appela à prendre la parole le Dr L. A. Sayre, de New-York, le nouveau Président de l'Association Médicale Américaine. Le Dr. Sayre prononça un beau discours approprié à la circonstance.

On lut des lettres de regret de la part du Dr. D. W. Yandell, de Mr. Spencer Wells, Thomas Bryant, Knowlsley Thornton de l'étranger, et des Drs. T. G. Thomas, Richardson Parvin et Olivier Wendell Holmes de cette contrée.

La cérémonie se termina en présentant au Dr. Gross le marteau de la porte de McDowell, au nom de la société

comme un memento de cet homme illustre. Le discours de présentation fut fait par le Dr. R. O. Cowling, de Louisville.

Le Dr. McDowell dont le nom est célébré si honorablement par la profession de Kentucky, est né dans le comté de Rock-bridge, Virginie, en 1771. A l'âge de deux ans, ses parents résidaient à Danville, Kentucky. Le premier cas d'ovariotomie dont nous avons un récit authentique fut celui du Dr. McDowell en 1809, et à lui seul est dû le crédit d'avoir conçu et le premier exécuté avec succès cette opération.

Elevé et instruit dans un village au fond des bois, éloigné des centres de l'instruction et de la civilisation, on peut à peine trop dire de l'héroïsme et du génie de l'homme qui osa faire une opération qui n'avait jamais été tenté auparavant dans l'histoire du monde.

Subséquentement, l'ovariotomie fut pratiquée par le Dr. Nathan Smith, de New-Haven, père de feu le Prof. N. R. Smith, de Baltimore, en 1821 ; par Alban J. Smith, associé de McDowell en 1823, et par le Dr. David L. Rogers, de New-York, en 1829. Le nombre des ovariotomies, depuis les jours de *McDowell*, s'est multiplié par mille, ainsi Mr. T. Spencer Wells a opéré 938 fois. Le Dr. W. L. Atlee, au moment de sa mort, il y a un an, avait pratiqué l'opération 387 fois. Le Dr. Thomas Keith, d'Edimbourg, a opéré 284 fois, Le Dr. Alex. Dunlop, d'Ohio, 143 fois. Le Dr. T. G. Thomas de New-York, 126 fois. Le Dr. J. Atlee, 57 fois. Le Dr. Gilman Kimball, depuis la mort du Dr. W. Atlee, le plus ancien et le plus renommé des ovariotomistes américains a opéré 240 fois.

On a calculé que dans la pratique de Mr. T. Spencer Wells, au-dessus de 1900 années ont été ajoutées aux vies des malades sur lesquelles l'ovariotomie a été pratiquée par cet éminent chirurgien. Dans une lettre récente au Professeur Gross, Mr. Wells, dit : " J'ai commencé l'année 1878 avec le 868me cas, en adoptant le système antiseptique de Lister, et je l'ai conservé depuis lors, le résultat de quarante-cinq cas étant quarante guérisons et cinq mortalités."

On ne peut rendre trop d'honneur à la mémoire de l'homme qui a pavé la route d'aussi grands résultats. La profession de Kentucky doit apprécier le privilège d'avoir érigé ce monument à leur illustre concitoyen, le Dr. Ephraim McDowell.
—*Maryland Medical Journal.*

DYSPEPSIE.

PAR

LE DOCTEUR. C. F. KUNZE. (1)

(Traduit spécialement pour l'*Abeille Médicale.*)

La dyspepsie signifie "digestion difficile dans l'estomac," et comme telle, elle est un des symptômes les plus habituels des changements anatomiques qui surviennent dans l'estomac, mais elle est aussi un symptôme des conditions *dans lesquelles la structure normale de l'estomac n'est pas altérée ou dans lesquelles, avec l'état de nos connaissances actuelles, nous sommes incapables de découvrir le moindre changement de tissu.* Dans les pages suivantes, on ne considérera que cette seconde forme de dyspepsie, et on peut affirmer ici, qu'à mesure que nos connaissances médicales s'accroîtront, on verra diminuer le nombre de cas appartenant à cette classe.

Symptomes.—Les malades se plaignent, surtout après l'ingestion de nourriture, et quelquefois seulement après avoir pris certaines substances, d'une *sensation de pesanteur et de plénitude à la région de l'estomac.* Ils n'éprouvent pas généralement de douleur réelle. Il y a souvent des nausées, parfois

(1) L'ouvrage dont cette traduction est extraite est intitulée: "*Lehrbuch per Praktischen Medicin, mit besonderer Berücksichtigung der Pathologischen Anatomie und Histologie.*" Leipzig, 1878. C'est un ouvrage que des juges compétents considèrent supérieur sous plusieurs rapports à Niemeyer. Il a d'abord été publié en Allemagne en 1870, et a été traduit depuis en français, en italien, en hollandais et en espagnol, et a atteint sa troisième édition en Allemagne.

des vomissements, l'estomac est gonflé, *l'appétit est diminué dans la plupart des cas*, et, quelquefois, les malades manquent tout-à-fait d'appétit pour toute espèce de nourriture. Quelques patients éprouvent un désir remarquable des mets très-épices. *La digestion stomacale est beaucoup plus lente que d'habitude.* La percussion indique la présence de nourriture non-digérée longtemps après l'ingestion des aliments. Le malade est accablé, il n'éprouve aucun désir de travail corporel ou intellectuel, et se plaint souvent d'une douleur très-forte, " comprimante " dans le front et dans la région occipitale. Si le vomissement survient, les aliments sont rejetés, quelquefois plusieurs heures après avoir été pris, tout-à fait non-digérés. Souvent la nourriture est saturée de gaz fétides, produits de la décomposition qui est survenue dans l'estomac. Si la quantité de gaz est considérable, l'estomac est gonflé, ce qu'on appelle *flatulence*, et il s'efforce de rejeter son contenu gazeux par de fréquentes éructations (ructus). La matière vomie est quelquefois de réaction acide, due à la présence des acides butyrique et lactique. La formation anormale d'acide donne aussi lieu à une sensation de chaleur désagréable dans l'œsophage et le pharynx (Pyriosis). La langue n'est pas un criterium certain; dans quelques cas elle est très-chargée, dans d'autres elle est tout-à-fait nette. Dans les cas de dyspepsie de date récente, due à une trop grande réplétion de l'estomac, ou qui dépend de la présence de matière indigestible, on obtient souvent d'un bon émétique un grand soulagement et quelquefois une guérison permanente. Souvent, cependant, le vomissement ne survient pas, les ingesta ne sont pas rejetés, mais s'introduisent dans les petits intestins, et y produisent de la douleur, des crampes, des coliques, de la flatulence, et soit de la diarrhée ou—comme on l'observe souvent chez les enfants—une constipation obstinée. Chez les enfants un tel état est souvent suivi de fièvre et d'insomnie la nuit, d'augmentation de la fréquence de la respiration et du pouls, et même de convulsions générales qui peuvent devenir fatales.

Dans les cas *chroniques* de dyspepsie, l'affaïssement intellectuel et l'hypochondrie en sont souvent le résultat : l'état de la nutrition du malade devient défaillant, et l'amaigrissement survient ensuite.

La sensation désagréable de plénitude et de pesanteur à la région de l'estomac devient permanente, et le malade s'en plaint même lorsque l'estomac est vide. A ce moment les symptômes dépendent souvent de catarrhe gastrique chronique, qui se développe fréquemment dans le cours de la dyspepsie.

Étiologie.—La dyspepsie—dérangement des fonctions digestives de l'estomac sans changement de structure connu—dépend soit des *ingesta*, ou d'un trouble dans l'état de l'économie générale, ou d'altération de l'innervation.

I. *La dyspepsie par les ingesta* est causée :

a) En surchargeant l'estomac de nourriture, qui en elle-même n'est pas délétère, mais qui ne trouble la digestion normale que par sa *quantité*. Pour digérer la nourriture convenablement, il est nécessaire que la quantité introduite soit en proportion de la puissance digestive de l'estomac. Si une plus grande quantité de nourriture est introduite à la fois, le suc gastrique est incapable de toute la digérer, l'action musculaire de l'estomac s'épuise, l'organe lui-même devient débilisé, distendu, et les aliments restent plus longtemps dans l'estomac que normalement.

b) Par l'introduction de substances indigestibles. On peut considérer comme appartenant à cette classe toutes substances sur lesquelles le suc gastrique sain n'a pas d'action, savoir : les cartilages, les tendons, les viandes coriaces en général, l'albumine durci par la chaleur, etc.

c) Par l'introduction de substances qui tendent soit à diluer ou entraîner le suc gastrique. La dyspepsie qui dépend de cette cause est souvent produite en prenant de fortes quantités d'eau chaude ou froide le matin,—tel que l'ont recommandé Bock et d'autres. Il est malsain de boire beaucoup d'eau froide

aux repas, non-seulement parce que cela dilue le suc gastrique, mais aussi parce que cela diminue la température de l'estomac à un degré tel que c'est incompatible avec la digestion normale. (BEAUMONT.)

d) Par l'introduction de substances qui influent *défavorablement* sur la *composition chimique* de suc gastrique. A cette classe appartiennent les substances qui préviennent plus ou moins la *fermentation*, savoir : le café fort, le thé, les boissons alcooliques, etc. ; toutes celles qui se transforment facilement en *acides acétique, butyrique et carbolique* (carbo hydrates) ; ou celles qui, avant leur introduction dans l'estomac, sont dans un état de *décomposition partielle*, comme le lait sûr, le lager beer acide, le vin moisi, etc. ; ou enfin ces substances qui sont *presque entièrement décomposées*, savoir : le fromage raffiné, la viande gâtée, etc. Si la nourriture, après son arrivée dans l'estomac, ne peut-être bien digérée, et surtout s'il y a formation d'acides acétique et butyrique, le suc gastrique lui-même se convertit en acide acétique et butyrique, et il se développe un dérangement de l'appareil digestif, que l'on connaît sous le nom de "*dyspepsie acide.*" On n'a pas encore prouvé physiologiquement la sécrétion de ces acides par les glandes peptiques elles-mêmes, comme on l'a supposé dans des cas particuliers où leur présence a été fréquemment observée. Les conditions de l'estomac particulières aux individus ont, cependant, une influence marquée sur cette prédisposition de former des acides acétique et butyrique provenant de la nourriture qui a été introduite. Cette forme de dyspepsie, due à la formation des acides acétique et butyrique, n'a rien à faire avec la formation en excès de l'acide hydrochlorique, qui est un constituant nécessaire du suc gastrique, et est *essentielle* à la digestion de la nourriture. C'est une méprise très-répandue que les éructations acides des malades sont dues à la formation *excessive* de cette espèce d'acide qui entre dans la formation du suc gastrique. Les recherches récentes de Leube et d'autres démontrent que la

digestion stomacale dépend de la présence d'une certaine quantité d'acide hydrochlorique, et que la dyspepsie est bien plus souvent produite par un défaut d'acide hydrochlorique que par un excès. Même en vomissant des matières d'une odeur acide toute particulière, l'acide hydrochlorique fait défaut, la réaction acide étant dûe à la présence d'acides acétique ou butyrique et non d'acide hydrochlorique. On n'a pas encore résolu jusqu'à maintenant la question si l'augmentation de la quantité d'acide hydrochlorique dans le suc gastrique était délétère ; il me semble que la seule action qu'elle pourrait avoir serait de causer une digestion stomacale trop rapide.

On observe quelquefois que le suc gastrique agit d'une manière contraire. Il est quelquefois d'une *réaction alcaline*, surtout si on ingurgite de fortes quantités de salive, comme c'est le cas pour les fumeurs, ou dans les cas de catarrhe de la bouche et du pharynx ; le suc gastrique à réaction alcaline ne peut pas remplir ses fonctions, et la dyspepsie doit s'en suivre.

II. *La dyspepsie dépendant d'un trouble dans l'état de l'économie générale se rencontre dans toutes les maladies qui sont accompagnées de mouvements fébriles bien marqués.* Beaumont (1) a observé dans de telles conditions la diminution directe et même la suppression du suc gastrique. Il semblerait que, dans de tels cas, la métamorphose rétrograde plus rapide dépendant de la température élevée du corps empêche la production du suc gastrique. La dyspepsie s'observe fréquemment, et forme une complication très-génante dans les cas de rachitisme, de scrofules, d'arthrite et de diabète, comme symptôme plus ou moins constant du dérangement de la nutrition générale. On ne saisit pas encore entièrement les rapports que la dyspepsie a avec les maladies sus-mentionnés.

(1) Dans ses observations sur Alexis St. Martin, Canadien de St. Thomas, Comté de Joliette. (Note édit.)

III. *La dyspepsie dépendant d'altération de l'innervation* s'observe dans les cas d'hypochondrie, d'hystérie, de nostalgie, de névralgie, etc. La sécrétion du suc gastrique dépend tout autant de l'influence nerveuse que la sécrétion de la salive et beaucoup d'autres fonctions des différents organes. Les cas de dyspepsie, à la suite de l'usage prolongé de l'opium ou d'autres narcotiques, appartiennent à cette classe, quoiqu'il y ait dans de tels cas l'action d'une influence mécanique qu'on ne doit pas perdre de vue. Par l'usage des narcotiques les mouvements péristaltiques de l'estomac sont dérangés, diminués et quelquefois presque entièrement détruits, la nourriture s'accumule dans l'estomac, et ne cause pas seulement une sensation de pesanteur et de plénitude, mais produit en outre des conditions telles que celles qu'on a déjà mentionnées sous le nom de "dyspepsie par les ingesta."—*A continuer.*

DIARRHÉE DES ENFANTS.

1o. La diarrhée due aux mauvaises qualités du lait de la mère ou de la nourrice.

Elle se reconnaît à l'aspect séreux, verdâtre, à la répétition fréquente des garde-robes, accompagnées de coliques et d'expulsion de gaz.

On la traite en faisant modifier le régime alimentaire de la mère ou de la nourrice, ou en faisant changer le mode d'alimentation de l'enfant.

2o. La diarrhée de la dentition est la plus commune et la moins périlleuse.

Elle se reconnaît à ce que, lorsqu'elle existe, les enfants conservent leur bonne humeur, leur vivacité et leur appétit, et la diarrhée diminue quand la salivation se manifeste.

Il est inutile de dire qu'il faut respecter cette espèce de diarrhée, tant que l'enfant ne paraît pas en souffrir beaucoup.

30. La diarrhée de l'indigestion est caractérisée par l'expulsion de restes d'aliments à demi digérés et par des selles peu abondantes, muqueuses et parfois sanguinolentes.

Traitement : lavements d'eau tiède, et quelquefois administration d'un peu de carbonate de soude dissous dans l'eau sucrée.

40. Nous appelons *diarrhée catarrhale* celle qui se manifeste à la suite d'un refroidissement, de l'usage de boissons glacées, d'habitation dans des endroits humides et frais ; les évacuations sont bilieuses et séreuses. Elle s'observe fréquemment au printemps et à l'automne.

Traitement : diète, boissons diaphorétiques, café de glands, lavement avec une demi ou une goutte de teinture thébaïque.

50. La diarrhée inflammatoire se remarque chez les enfants irritables, sanguins et nerveux ; les symptômes les plus communs sont l'inquiétude, l'agitation, un sommeil léger, des plaintes sans motif ; les lèvres sont rouges, la langue humide, blanche au centre, rouge et sèche à la pointe ; inappétence, sensibilité et gonflement du ventre ; matière de consistance et de couleurs diverses, cependant ordinairement acides, bilieuses, avec des grumeaux blanchâtres.

Traitement : boissons mucilagineuses, petits lavements d'amidon, très rarement sangsues et bismuth.

Si la maladie passe à l'état chronique, il faudra employer les moyens usités contre l'entéro-colite chronique, ou la diarrhée atonique.

60. Les vers intestinaux causent une diarrhée plus ou moins rebelle, dont on ignore souvent la cause jusqu'à ce qu'il y ait des lombrics de rejetés.

Traitement : anthelminthiques.

70. Les enfants faibles, lymphatiques, mal alimentés, qui ont eu de fréquentes indigestions sont aussi sujets à la diarrhée.

Outre les symptômes de chloro-anémie ou de cachexie, chaque fois qu'ils mangent, ils vont à la garde-robe.

Traitement : c'est dans cette espèce de diarrhée que réussissent la glycerine, les toniques, les préparations de fer et surtout la viande crue.

80. La huitième espèce de diarrhée, qui est due à la répercussion d'un exanthème, est l'espèce la plus dangereuse et celle qu'il faut combattre dès le début. Ses symptômes sont ceux de l'inflammatoire ou de la catarrhale.

Traitement : s'appliquer à favoriser la réapparition de l'exanthème, ou soutenir pour un temps suffisant la transpiration cutanée au moyen des révulsifs et sudorifiques.

90. Chez quelques enfants, nous avons observé que la diarrhée se manifestait à des heures régulières et résistait aux remèdes employés ; nous nous sommes bien trouvés dans ce cas du sulfate de quinine à la dose d'un demi à un grain trois ou quatre fois par jour.

(*Siglo medico.*)

BONAVENTE.

Traitement de l'Épididymite.

Le Professeur Zeissi, de Vienne, après avoir souvent essayé la méthode du Professeur Hourod, de Lyon, dit ("*Allgemeine med. Zeitung.*" No. 46.) qu'il la préfère à tous les autres moyens de traitement qu'il a employés.

Le scrotum est d'abord enveloppé dans une ou deux épaisseurs de ouate, qu'il recouvre d'un morceau carré de toile en caoutchouc, percée d'une ouverture pour le passage du pénis. Il faut ensuite adopter un suspensoir de manière à supporter les testicules et les rendre aussi immobiles que possible.

Le malade peut sortir et vaquer à ses affaires sans inconvénient ni douleurs ; et on peut laisser l'appareil durant une semaine. On n'intervient pas ainsi avec la transpiration du scrotum, et ceci est regardé comme un avantage.—*Gazz. Med. Ital. Venete No. 50.—N. Y. Med. Jour.*

Chloral et Camphre dans les Névralgies.

Si on triture dans un mortier un morceau de camphre avec quelques gouttes d'alcool et un poids égal d'hydrate de chloral, on obtient un sirop liquide ressemblant fortement à la glycerine, et qui est un anesthétique local de grande valeur.

Mr. Lennox Brown (*British Medical Journal*) confirme cet avancé, et dit que c'est une application locale dans les névralgies qu'on ne saurait trop priser. Il n'est nécessaire que d'appliquer le liquide sur la partie douloureuse et laisser sécher. Cette substance ne produit jamais de phlyctènes, quoiqu'elle puisse occasionner une légère sensation à la peau. Ce composé a aussi été très-utile pour calmer le mal de dents. Le camphre paraît enlever l'eau de l'hydrate de chloral et se dissoudre dans le chloral mis en liberté ; mais le camphre ne jouissant pas généralement d'une telle avidité pour l'eau, on ne peut connaître facilement la cause de cette liquéfaction.—*Year Book of Pharmacy.*

Emploi de la Quinine dans l'accouchement pour régulariser le travail dans l'enfantement.

(*Maryland Medical Journal.*)

Le Dr. R. F. Gumprum ("*Detroit Lancet*") recommande de donner la Quinine au lieu de l'Ergot de Seigle, pour activer les contractions utérines. Il dit : "Laissez l'ergot qui est une oitocique ; du moins, ne l'employez qu'en dernier lieu et ayez

toujours votre stéthoscope pour suivre les pulsations du cœur du fœtus, et vos forceps pour délivrer la femme, si besoin il y a. La quinine ne peut faire que du bien, elle est recommandée de préférence à l'ergot en toutes circonstances. Employez la quinine et le forceps, et laissez l'ergot n'être donné qu'en dernier, au moment où la femme est délivrée, pour assurer les contractions utérines après l'accouchement."—*The Am. med. bi-weekly.*

Dans les derniers moments de l'accouchement le Dr. Coderre croit que l'ergot peut être donné en infusion avec beaucoup d'avantage, pour prévenir les hémorrhagies qui surviennent après l'accouchement. Cette pratique qu'il a suivi depuis plusieurs années a toujours été suivie d'un bon résultat.

NOTE EDITORIALE.

Acide carbolique.

On ne saurait trop faire connaître les antidotes aux diverses substances qui, prise en trop grande quantité, peuvent agir comme poisons.

Pris à dose toxique, l'action de l'acide carbolique est neutralisée par l'huile d'olive ou de ricin.

Puisqu'il est maintenant question de l'acide carbolique, voici des réactifs excellents pour en connaître la pureté :

S'il devient brun sous l'influence de la lumière et de l'air, il est impur.

Mettre 1 drachme fluide de l'acide liquide dans une bouteille avec huit onces d'eau chaude, et secouer de temps à autre pendant une demi-heure; la quantité de résidu huileux indiquera le montant de la fraude.

Mêler 1 partie de soda caustique à 10 parties de l'acide, et agiter-les bien ensemble.—Tout résidu non-dissous consiste d'impureté.

Mort causée par une dent cassée non-soignée.

Un jeune garçon de sept ans entra à l'hôpital de Guy à la fin de septembre. Les yeux étaient saillants, il était dans une sorte de stupeur et se plaignait de maux de tête, sans autres symptômes apparents. Il mourut au bout d'un mois, avec coma et température très-élevée. Au-dessus d'un de ses yeux on pouvait sentir un corps dur ; on suppose que c'était une tumeur et l'on attribua la mort à sa présence. A l'autopsie, le Dr. Goodhart découvrit que la cause de la mort était une dent gâtée ; c'était une molaire inférieure fortement attaquée laquelle avait déterminé un abcès de la mâchoire. L'inflammation s'était propagée sur le parcours du nerf dentaire par la fosse sphéno-maxillaire, de là dans l'orbite et la fosse médiane du crâne, et entre la dure-mère et l'os, amenant une nécrose fort étendue avec pyémie. Le cerveau présentait deux ou trois cavités, et il avait un abcès du cœur. L'enfant ne s'était pas plaint de mal de dents. Il est probable que peu de médecins songeraient à examiner la mâchoire inférieure à propos de l'état de l'orbite et il faut féliciter le Dr. Goodhart d'avoir su découvrir la cause de la mort dans ce cas.

(*L'Art Dentaire.*)

Onanisme.

Le *Scalpel*, d'après le *Journal of Mental Science*, rapporte que le Dr. Yellowlees emploie un moyen destiné à empêcher la masturbation chez l'homme, qui lui procure de bons résultats. Le praticien utilise pour cela ce fait anatomique que le prépuce est absolument nécessaire à l'érection du pénis ; en effet, cet appendice est indispensable pour recouvrir l'organe augmenté de volume. Si on met obstacle à cette fonction du prépuce on rend l'érection si douloureuse qu'elle devient pour ainsi dire impossible et par conséquent on empêche la masturbation d'une manière à peu près probable.

Le Dr. Yellowlees traverse le prépuce à la base du gland avec une aiguille ordinaire en argent dont il réunit ensuite les deux bouts. Douze observations viennent à l'appui de cet essai purement mécanique. Nous trouvons le moyen un peu barbare, mais si l'on réfléchit aux conséquences terribles de la masturbation, aux troubles qu'elle cause dans l'état mental, on approuve la pratique du praticien étranger. Du reste, l'appareil est simple et assez bien supporté par les patients.

Nouvelle méthode d'administration de la Quinine pour activer son action.

Le Dr. Starke, *Bertiner Klin, Wochenschrift*, recommande de faire prendre avant d'administrer la quinine soit en poudre ou en pilules, une faible solution d'acide tartarique, en limonade. Ce procédé a non-seulement l'avantage d'accélérer la solution et l'absorption de la quinine, en en rendant les effets physiologiques et thérapeutiques plus prompts, mais obvie, en outre, à l'irritabilité désagréable de l'estomac qui survient si fréquemment après de fortes doses de ce médicament.—*Maryl. med. Journal.*

Ce que coûte un Hôpital ?

L'érection et l'entretien d'un hôpital tenu sur un bon pied exigent des capitaux considérables. Voici les frais des lits de quelques hôpitaux de Paris.

A l'Hôtel-Dieu, avec 514 lits, la dépense annuelle par lit est de 1,194 francs; et à La Charité, avec 472 lits, elle est de 1,096 francs.

La Clinique, avec 74 lits, est l'hôpital qui coûte le plus, savoir : 1,847 francs par lit; et Les Ménages avec 1,387 lits, est l'hôpital qui coûte le moins, savoir : 399 francs par lit.

Comment les Médecins sont-ils payés ?

On lit dans le *Maryland Medical Journal* l'entreilet suivant :
Un malade disait à son médecin : "guérissez-moi, docteur, je vous donne mille piastres."

Le médecin administra ses remèdes, le malade éprouva du soulagement. Le médecin se préparait à partir lorsque le malade lui dit : "je suis mieux ; je vous donnerai un chèque de \$500."

Le mieux se continue ; une demi-heure s'étant écoulée, le malade dit au médecin : "je me sens assez bien, si je vous donnais un bill de \$50.00!"

Lorsque le médecin fut prêt à partir, le malade l'accompagna jusqu'à la porte en lui disant : "envoyez-moi votre compte le premier du mois."

Six mois s'étant écoulés, le médecin envoya son compte, \$5.00. Le patient qui se montrait si généreux lorsqu'il fit demander le médecin, fit réduire son compte de \$3.00, et encore fut-il obligé de poursuivre et faire exécuter son jugement pour être payé.—EXCHANGE.

Les médecins sont presque partout les derniers payés, et les soins empressés qu'ils apportent et donnent aux malades sont bien peu récompensés s'ils ne sont pas complètement oubliés.

NOTE EDITORIALE.

Prix de concours

L'Académie Royale de Médecine Belge offre un prix de 5000 francs pour le meilleur essai sur "L'Elucidation de l'histoire des maladies du système nerveux, et surtout de l'Epilepsie."

Cet essai doit être écrit en Français ou en Latin, et transmis au Secrétaire de l'Académie, Bruxelles.

C'est par pure inadvertance que le nom de M. Jean Girouard, M. D. V. de St. Benoit, a été omis dans la liste des médecins gradués cette année à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté Victoria.

Il en est de même de MM. J. A. Cardinal et Ernest Lacaille dont les noms n'apparaissent pas parmi les nouveaux bacheliers.

NÉCROLOGIE.

LE PROFESSEUR A. GUBLER.—C'est avec un profond sentiment de tristesse que nous avons appris, il y a un mois, la mort de cet homme éminent que nous avons eu l'honneur de connaître pendant deux années de notre internat dans les hôpitaux de Paris. Tous les organes de la Presse médicale ont rendu justice à la science presque encyclopédique du professeur qui possédait assez la chimie, l'histoire naturelle et en particulier la botanique pour donner à son enseignement dans la chaire de thérapeutique, celle qui lui convenait plus qu'à tout autre, un cachet particulier. Travailleur infatigable, il avait pendant la première partie de sa vie scientifique, produit de nombreux mémoires d'anatomie pathologique, et de clinique dans lesquels on remarquait toujours quelque idée originale, féconde en aperçus nouveaux. Ces connaissances cliniques acquises au moyen d'une observation fine et pénétrante, l'avaient merveilleusement préparé à bien occuper cette chaire qui sera vide longtemps, quelque soit le talent de celui qui cherchera à la remplir.

A. Gubler, avait en effet, la passation de l'Enseignement et nous nous rappellerons toujours les leçons de clinique thérapeutique, tout intimes, dédiées aux élèves de l'hôpital Beaujon, qu'il avait inauguré avec quelques collègues, pendant les vacances forcés faites à la Faculté par le second siège de Paris.

Sa visite d'hôpital était, elle aussi, un enseignement de tous les jours, et cela dans le vrai sens du mot, non pas banal, élémentaire, mais distingué, suggestif, cherchant le suc de la science pour l'offrir à ses élèves.

C'était un promoteur d'idées. A l'âge où tant d'autres se reposent, il fondait le journal de thérapeutique ; il dirigeait les débuts d'une Société du plus grand avenir, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ; on le retrouvait dans les Congrès, dans les sections de médecine, de botanique, d'agronomie, etc.

Nature essentiellement délicate, nerveuse, féminine, il serait difficile de dire ce que son patriotisme a souffert pendant l'année terrible en voyant arracher à la France la ville de Metz, sa patrie d'origine.

Avec une science profonde, il avait l'élégance de la forme et des manières, mais ce qui vaut mieux encore, il avait le cœur excellent, aussi était-il aimé de tous ses élèves ; et nous aurions cru manquer à la reconnaissance si nous n'étions pas venu ici rendre à sa mémoire un affectueux hommage.

Le Dr Gubler, le professeur distingué de Thérapeutique, de Paris, est mort de cancer de l'estomac et d'hématémèse, le 23 Avril dernier, à l'âge de cinquante-huit ans.

DR. LANGLET.

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

SEXE.		QUARTIERS.	
Masculin	141	Ste Anne	45
Féminin	131	St Antoine	55
Total	312	St Laurent	17
CONDITIONS.		St Louis	23
Mariés	62	St Jacques	47
Veufs	9	Ste Marie	59
Veuves	16	Ouest	1
Célibataires	30	Centre	2
Enfants	155	Est	2
Total	272	Inconnus	1
NATIONALITÉS.		Hôpital Civique	4
Canadiens-Français	156	Hôtel-Dieu	5
Canadiens-Anglais	74	Hôpital Anglais	7
Irlandais	21	Autres Institutions	4
Anglais	10	Total	272
Ecoissais	5	MORTS-NÉS.	
Autres nationalités	4	Canadiens-Français	11
Inconnues	2	Catholiques parlant l'Anglais	2
Total	272	Protestants	5
		Total	18
		Masculin, 12; Féminin, 6	18

AGES.	Canadiens-Français.	Catholiques parlant l'Anglais.	Protestants.	Total.
Au-dessous d'un an	67	12	17	96
De 1 à 5 ans	30	7	8	45
" 5 à 10 "	9	1	3	13
" 10 à 15 "	1	0	0	1
" 15 à 20 "	2	1	2	5
" 20 à 30 "	12	7	4	23
" 30 à 40 "	9	6	5	20
" 40 à 50 "	9	3	8	20
" 50 à 60 "	6	5	6	17
" 60 à 70 "	2	3	7	12
" 70 à 80 "	5	2	3	10
" 80 à 90 "	4	0	5	9
" 90 à 100 "	1	0	0	1
Total	157	47	68	272

CAUSES DE LA MORTALITÉ.		Autres maladies du Cerveau et système nerveux.....	
<i>1re Classe.—Maladies Zymotiques.</i>		17	10
Variole.....	19	Bronchite.....	9
Scarlatine.....	3	Pneumonie.....	10
Diphtherie.....	11	Maladies des org. respiratoi.	14
Croup.....	0	Maladies des org. digestifs.	14
Coqueluche.....	1	Autres maladies Locales...	7
Fièvres Typhoïdes.....	4		
Autres Fièvres.....	0	Total.....	93
Dysenterie.....	3		
Diarrhée.....	4	<i>4me Classe.—Mal. de Développement.</i>	
Choléra infantum.....	3	Naissance Préaturée.....	10
Autres maladies Zymotiques	4	Débilité Infantile.....	29
		Dentition.....	2
Total.....	52	Vieillesse.....	1
		Débilité Chronique.....	5
<i>2me Classe.—Mal. Constitutionnelles.</i>		Autres maladies de Déve-	
Cancer.....	6	loppement.....	0
Phthisie.....	36	Total.....	47
Autres maladies Constituti.	20	<i>5me Classe.—Décès par Violence.</i>	
Total.....	62	Accidentelles..	7
		Autres causes.....	2
<i>3me Classe.—Maladies Locales.</i>		Inconnus.....	9
Céphalite.....	1	Total.....	18
Apoplexie.....	0	Grand Total.....	272
Paralysie.....	0		
Convulsions.....	0		

Résumé des observations météorologiques faites à l'Observatoire du Collège McGill, par C. H. McLeod, B. A. S., Directeur.—Température moyenne du mois de Mai, 25.057; moyenne du Baromètre, 29.9767; humidité moyenne, 61.63; vitesse moyenne du vent par heure, 11.15 milles; direction générale du vent, O. S. O.; moyenne du ciel couvert, 54 par cent.

BUREAU DE SANTÉ, MONTRÉAL, JUIN, 1879.

Il y eut 272 décès durant le mois de Mai dernier—40 de moins que dans le mois d'Avril, et 70 de moins qu'en Mai 1878.

272 décès pour le mois représentes une proportion annuelle de 24.00 par 1000 de la population.

157 décès eurent lieu chez les Canadiens-Français, 47 chez les Catholiques parlant l'anglais, et 68 parmi les protestants.

Il y eut 11 décès par la diphthérie— 2 de moins que dans le mois précédent—et 13 de moins qu'en Mai 1878. 4 décès eurent lieu par les fièvres typhoïdes, le même nombre que dans le mois précédent mais 2 de moins que dans le mois correspondant de l'an dernier.

19 décès furent causés par la variole— 13 de moins que dans le mois précédent—mais 37 de moins qu'en Mai 1878.—De ce nombre 16 n'étaient pas vaccinés, 3 rapportés comme ayant été vaccinés— 13 furent parmi les Canadiens-Français, 4 parmi les Catholiques parlant l'anglais, et 2 parmi les protestants. 8 de ces décès eurent lieu dans la partie Est de la ville et 7 dans la partie Ouest, 4 à l'Hôpital Civique. Les rues dans lesquelles il y eut le plus de décès sont les rues McCord, 2; St. Alphonse 2; Grand-Tronc, 2.

A la dernière assemblée du Bureau de Santé, il fut décidé de suspendre la vaccination pendant les mois de chaleur. Je suggérais cependant que l'on fit la vaccination dans les localités où sévit la variole, afin de protéger les enfants qui sont directement exposés à la contagion.

On répandit dernièrement une rumeur qui fit croire que la diphthérie avait pris un caractère épidémique, j'ai même reçu une lettre d'un médecin proéminent qui était d'opinion que le foyer d'infection avait commencé à l'école de la rue Ste. Anne. Un autre médecin confirma cette opinion dans un article qui parut dans le *Star* du 14 courant. Je visitai cette école, je n'y trouvai rien qui puisse donner origine à la contagion. Le surintendant me donna un rapport dans lequel il est constaté que depuis le commencement de Mai, il y eut 5 enfants de l'école qui ont été affectés de diphthérie et que 16 ont été retirés, par prudence et dans le but de ne pas les exposer à contracter la maladie.

Il y eut plusieurs cas de diphthérie dans les rues Duke, Wellington et McGill. Je ne crois pas que l'on puisse dire que la Diphthérie ait pris un caractère épidémique. Il n'y eut que 11 cas de décès dans le mois de Mai, 2 de moins que

dans le mois précédent et 13 de moins qu'en Mai 1878. Il y eut 2 décès dans chacune des rues suivantes : St. André, Lacroix, Chatam, St. Hypolyte, Sydenham, Latour, Ste. Catherine, St. Joseph, St. David, Vitré et Mignonne.

Je crois qu'un bon moyen d'arrêter les progrès de la variole et de la diphthérie serait de transmettre aux écoles toutes les semaines une liste de tous les cas de ces deux maladies rapportées au Bureau de Santé, ayant en même temps le soin de s'entendre avec les surintendants des écoles, afin que ces derniers ne reçoivent aucun élève des familles chez lesquelles il y aurait eu des cas de variole et de diphthérie, à moins qu'on leur procure un certificat du Bureau de Santé attestant que toutes les précautions voulues dans ces cas ont été prises.

A. B. LAROCQUE, M. D.

Officier de Santé.

J. G. BIBAUD, M.D.

VISITES ET CONSULTATIONS,

EN VILLE ET A LA CAMPAGNE

HEURES DE BUREAU :

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

NO. 30, RUE ST. DENIS, MONTRÉAL.