

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:

Continuous pagination.

- 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'UNION MEDICALE

DU CANADA

Revue Medico-chirurgicale paraissant tous les mois.

RÉDACTEUR : DR. GEORGE GRENIER.

Vol. III.

MAI 1874.

No. 5.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Réfraction et Accommodation de l'œil ;

(Suite.)

Par ED. DESJARDINS, M. D., Professeur d'Ophthalmologie à l'École de Médecine, Directeur d'un Dispensaire pour le traitement spécial des maladies des yeux, etc. (*Lu devant la Société Médicale.*)

M. le Président, MM.—En terminant ma dernière lecture, je croyais pouvoir vous parler, dès ce soir, des anomalies de la réfraction et de l'accommodation de l'œil ; mais lorsqu'il s'est agi de préparer cette seconde lecture, je me suis aperçu que j'avais laissé de côté beaucoup de choses, que je crois très utile de vous rappeler aujourd'hui, avant d'entrer dans l'étude proprement dite de ces anomalies de réfraction et d'accommodation.

Je serai donc forcé de remettre cette étude à une autre séance.

Nous savons déjà, que l'œil normal est considéré comme étant à l'état de repos, ou comme n'ayant aucunement besoin de son accommodation, lorsqu'il est adapté pour la vision des objets éloignés, c'est-à-dire que cet œil, seulement par sa construction anatomique et par l'état de réfraction de ses surfaces et de ses milieux réfringents, a la faculté de faire réunir sur la rétine les rayons lumineux parallèles. Nous savons aussi que l'accommodation est obligée d'intervenir du moment que les objets se rapprochent et que son action doit être d'autant plus énergique que les objets se rapprochent davantage.

Ainsi donc, grâce à l'accommodation, un œil normal verra distinctement aux distances les plus variées, à de grandes distances, à des distances moyennes, et enfin à quelques pouces. Quant à la limite la plus rapprochée de la vision distincte, on comprend qu'elle est sus-

ceptible de varier beaucoup, suivant la force du muscle ciliaire de chaque œil, et du degré d'élasticité du cristallin ; et, par parenthèse, ceci nous fait voir encore une fois, que l'ancienne classification des yeux, par rapport à la réfraction, n'était pas rationnelle, puisqu'elle avait pour base, cette limite rapprochée de la vision distincte. M. Donders a donc rendu un immense service à la science, en replaçant cette classification sur sa véritable base, qui ne pouvait être autre que le point le plus éloigné de la vision, puisque ce point correspond au repos de l'œil, ou au relâchement complet du muscle ciliaire. En effet, dans cet état de repos accommodatif, les yeux peuvent être assimilés à des instruments dioptriques ordinaires à foyers constants, et alors ce sont des valeurs fixes que l'on peut comparer d'une manière exacte.

D'après ce que nous avons vu de l'accommodation, il est facile de comprendre qu'elle doit avoir une certaine étendue, dont les limites sont : le point le plus éloigné (*punctum remotum* désigné par *r*) et le point le plus rapproché (*punctum proximum* désigné par *p*) de la vision distincte. La distance qui existe entre ces deux points, se nomme le *parcours de l'accommodation*.

Pour un œil normal, qui peut voir à de très grandes distances, et qui voit aussi à quelques pouces, à 5 pouces par exemple, le *punctum proximum* sera à 5 pouces, et le *punctum remotum* à l'infini. Chez les myopes, le parcours de l'accommodation est beaucoup moindre, ainsi certains myopes ne peuvent voir distinctement au-delà de 12 pouces, mais en revanche, ils verront nettement à 3 pouces. Ici le parcours de l'accommodation ne sera que de 9 pouces, ($12 - 3 = 9$) tandis que pour l'œil emmétrope, ce parcours sera depuis l'infini jusqu'à 5 pouces. Il ne faudrait pas croire pour cela que *l'amplitude d'accommodation* est moindre chez le myope que chez l'émétrope, loin de là, le contraire arrive quelquefois, comme je vais le démontrer.

Le pouvoir d'accommoder dépend, comme l'on sait, d'une augmentation de courbure du cristallin, lequel peut être comparé, lorsque l'œil est adapté pour la vision du *punctum proximum*, à une lentille biconvexe qui aurait pour effet d'imprimer aux rayons lumineux émanés de *p*, la même direction que s'ils venaient de *r*. L'œil en s'accommodant pour *p*, augmente son pouvoir dioptrique, dans la même proportion, que si l'on ajoutait au cristallin une lentille dont la longueur focale serait égale à la distance qui existe entre *p* et *r*. La puissance réfringente de cette lentille idéale devra donc donner la mesure de *l'amplitude d'accommodation*.

Maintenant, si l'on exprime par *A* la longueur focale de cette lentille idéale, on aura : $\frac{1}{A}$ pour désigner sa force de réfraction, parce que le pouvoir réfringent d'une lentille étant en raison inverse de sa longueur focale, peut être représenté par une fraction, dont le

numérateur serait l'unité, et le dénominateur, la longueur focale exprimée en pouces; (1) de même si l'on exprime par R la distance du *punctum remotum*, et par P, celle du *punctum proximum*, (ces deux distances pouvant être considérées comme les longueurs focales de deux lentilles d'une force de réfraction différente) on pourra employer comme expression de l'amplitude d'accommodation, la formule suivante proposée par Donders :

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{P} - \frac{1}{R}$$

Or, pour l'œil emmétrope dont je viens de parler, l est égal à 5 pouces, et R à l'infini, d'où l'amplitude d'accommodation sera égale à $\frac{1}{5}$, puisque

$$\frac{1}{P} \text{ ou } \frac{1}{5} - \frac{1}{R} \text{ ou } \frac{1}{\infty} = \frac{1}{A} \text{ ou } \frac{1}{5}.$$

Et dans le cas de myopie cité plus haut, P correspond à 3 pouces et R à 12 pouces, d'où l'amplitude d'accommodation sera égale à $\frac{1}{4}$ puisque $\frac{1}{P} \text{ ou } \frac{1}{3} - \frac{1}{R} \text{ ou } \frac{1}{12} = \frac{1}{A} \text{ ou } \frac{1}{4}$; donc l'amplitude d'accommodation dans un œil atteint de ce degré de myopie, sera plus considérable que dans l'œil emmétrope ($\frac{1}{4}$ étant plus grand que $\frac{1}{5}$).

Je me permettrai de citer encore quelques exemples, pour démontrer la nécessité de ne pas confondre l'amplitude d'accommodation avec le parcours de l'accommodation, lesquels tous deux cependant, ont pour mesure le *punctum proximum* et le *punctum remotum* de la vision distincte.

Ainsi un œil emmétrope qui verra jusqu'à 6 pouces, un œil myope qui aura une distance visuelle de 3 à 6 pouces, et un œil hypermétrope $\frac{1}{12}$ (2) dont le *punctum proximum* sera à 12 pouces, jouiront tous trois de la même amplitude d'accommodation, malgré que le parcours de l'accommodation soit tout à fait différent dans les trois cas. C'est ce que nous allons comprendre très aisément avec la formule de Donders.

Pour l'œil emmétrope, nous avons :

$$\frac{1}{P} \text{ ou } \frac{1}{6} - \frac{1}{R} \text{ ou } \frac{1}{\infty} = \frac{1}{A} \text{ ou } \frac{1}{6};$$

pour l'œil myope :

(1) On se sert encore généralement du pouce de Paris, comme unité de mesure en optique.

(2) Un œil hypermétrope $\frac{1}{12}$ veut dire : un œil qui a besoin d'une lentille convexe de 12 pouces de longueur focale, pour réunir sur la rétine les rayons lumineux parallèles.

$$\frac{1}{P} \text{ ou } \frac{1}{3} - \frac{1}{R} \text{ ou } \frac{1}{6} = \frac{1}{A} \text{ ou } \frac{1}{6};$$

pour l'œil hypermétrope, comme R est une distance négative, puisqu'elle est derrière l'œil, et dans le cas d'hypermétropie dont il est ici question, les rayons lumineux parallèles vont se réunir à 12 pouces en arrière de la rétine, le terme $\frac{1}{R}$ de la formule sera négatif, et l'on aura :

$$\frac{1}{P} \text{ ou } \frac{1}{12} - \left(-\frac{1}{R}\right) \text{ ou } \left(-\frac{1}{12}\right) = \frac{1}{A} \text{ ou } \frac{1}{6}$$

Déjà pour l'infini, cet œil hypermétrope a été obligé d'employer $\frac{1}{12}$ d'accommodation, et cependant il peut encore voir jusqu'à 12 pouces, il dispose donc de $\frac{2}{12}$ ou $\frac{1}{6}$ d'accommodation, absolument comme l'œil emmétrope dont p est à 6 pouces, ou comme l'œil myope dont p est 3 pouces et r à 6 pouces. En effet, l'œil emmétrope n'a besoin d'aucun effort d'accommodation pour ramener sur sa rétine le foyer des rayons parallèles, puisque son seul état de réfraction est suffisant pour cela, il ne mettra donc son accommodation en jeu, qu'à partir de l'infini, c'est-à-dire lorsque les rayons parallèles deviendront divergents; or si cet œil voit jusqu'à 6 pouces, c'est qu'il peut employer $\frac{1}{6}$ d'accommodation. De même l'œil myope dont r est à 6 pouces, se trouve dans un relâchement complet d'accommodation, lorsqu'il est adapté pour la vision d'un objet situé à 6 pouces, mais s'il peut voir jusqu'à 3 pouces, cela signifie qu'il jouit d'un pouvoir d'accommodation encore égal à $\frac{1}{6}$ ($\frac{1}{3} - \frac{1}{6} = \frac{1}{6}$).

Pour reconnaître l'amplitude d'accommodation, il n'y a donc qu'à déterminer où se trouvent le *punctum proximum* et le *punctum remotum*; et nous y arrivons d'une manière suffisamment exacte pour la pratique, au moyen des *optomètres* et des *échelles typographiques*.

La plupart des optomètres ont été construits d'après une expérience célèbre, (1) déjà très ancienne (puisque elle date du commencement du 17^e siècle) et due à Scheiner.

Cette expérience consiste à regarder un objet délicat, la pointe d'une épingle, par exemple, à travers deux petites ouvertures pratiquées dans une carte et séparées l'une de l'autre par un intervalle qui doit être inférieur au diamètre de la pupille. Deux trous d'épingle dans une carte de visite séparés par l'intervalle voulu, remplissent exactement le même but. A une certaine distance, l'épingle est vue simple, mais en la rapprochant peu à peu de l'œil, il arrive un moment où elle paraît double, c'est là l'endroit du *punctum proximum*. On peut aussi avec la même expérience, déterminer le

(1) Cette expérience a servi de meilleure preuve contre ceux qui, avec Magendie, niaient l'existence de l'accommodation.

punctum remotum chez les myopes ; seulement au lieu de rapprocher l'épingle, on l'éloigne jusqu'au point où son image se dédouble, et ce point est la limite du *punctum remotum*. Les deux figures que je vais tracer sur la planche, vous feront comprendre de suite ce qui se passe dans les deux cas.

Dans le premier cas, l'accommodation n'étant plus suffisante, les rayons lumineux vont se réunir en arrière de la rétine, et rencontrent cet organe en convergeant dans deux endroits différents, il en résulte deux images ; mais comme l'extériorisation se fait toujours perpendiculairement à la surface rétinienne, ou suivant la direction de l'axe des cônes impressionnés par la lumière, ces deux images sont *croisées*. On peut du reste s'en convaincre aisément en fermant une des deux ouvertures sur la carte ; si c'est l'ouverture de gauche l'image droite disparaîtra, de même l'occlusion de l'ouverture de droite fera disparaître l'image gauche.

Dans le second cas, les rayons lumineux se réunissent avant d'atteindre la rétine, ils arrivent alors à cet organe en divergeant, et il en résulte encore deux images, mais qui sont *homonymes* cette fois. L'expérience que nous venons de faire, va le prouver : fermons l'ouverture de gauche, et l'image gauche sera supprimée, la même chose aura lieu pour l'image droite, si l'ouverture de droite est fermée.

Ce serait trop long, et inutile de vous parler des différents optomètres qui ont été inventés par Porterfield, Ths. Young, de Græfe, Hasner, &c., et qui reposent tous sur le même principe ; je vous dirai seulement que celui dont on se servait à la clinique de M. Giraud-Teulon, et qui est d'une exactitude suffisante, se compose d'une règle graduée et d'une réglette, la règle à calcul de Javal que voici, vous en donne une idée, seulement la réglette à un bout, est munie d'un petit cadre à peu près carré dans lequel sont tendus verticalement des crins noirs séparés l'un de l'autre par un intervalle d'un millimètre environ. Pour s'en servir, on place la règle devant l'œil à examiner, puis on éloigne le cadre jusqu'à ce que les crins deviennent parfaitement distincts ; le chiffre marqué sur la règle, qui correspond à l'endroit où le cadre se trouve au moment de la vision nette, indique la distance du *punctum proximum*.

Bien entendu, ce que je viens de dire sur le *punctum proximum*, ne se rapporte qu'à la vision d'un seul œil. Il est évident que ce point n'est pas tout à fait le même pour la vision binoculaire, car ici, il faut compter avec le mouvement de convergence que les deux yeux sont obligés de faire pour fixer un objet très rapproché, et l'on comprend de suite que ce mouvement de convergence doit diminuer un peu l'amplitude d'accommodation, un seul œil pouvant voir le même objet plus longtemps et de plus près que les deux yeux ensemble.

Pour déterminer le *punctum remotum*, on se sert habituellement des échelles typographiques de Giraud-Teulon, ou de celles de Snellen. Comme j'aurai souvent à parler de ces échelles lorsqu'il sera question des anomalies de la réfraction, je crois qu'il est à propos d'en dire quelques mots.

Les échelles typographiques ont d'abord été construites pour mesurer l'*acuité visuelle*, c'est-à-dire le degré de sensibilité de la rétine, qui peut n'être pas toujours semblable dans tous les yeux, même dans ceux dont l'état de réfraction est parfaitement égal. Ainsi deux individus emmétropes (dans des conditions identiques) ne verront pas toujours un très petit objet au même endroit, l'un pourra le distinguer à un pied par exemple, tandis que l'autre, à cette distance, ne verra qu'un objet deux ou trois fois plus gros. Le premier aura donc une finesse de vue, ou une acuité visuelle deux ou trois fois plus grande que le second. Or, puisque déjà chez les yeux sains il existe de telles différences dans la vue, chez les yeux malades, ces différences peuvent encore devenir beaucoup plus considérables. Il était donc nécessaire, pour établir avec justesse des comparaisons entre les divers cas qui se présentaient à l'examen, de convenir d'une unité de mesure, tant pour la grandeur de l'objet à regarder, que pour la distance à laquelle il devait être regardé. Or ce but a été rempli par des séries de *caractères d'imprimerie*, dont les grandeurs sont progressivement croissantes et déterminées en même temps pour la distance à laquelle ils doivent être lus par un œil normal.

Ce sont ces diverses séries de caractères, qu'on a nommées *échelles typographiques*.

La première échelle qui a été employée, est celle de Jaëger; elle comprend 20 numéros augmentant graduellement, depuis le No. 1 qui mesure à peu près $\frac{1}{2}$ millimètre de hauteur, jusqu'au No. 20 dont la hauteur est égale à deux centimètres.

Cette échelle réalisait un véritable progrès, puisqu'elle procurait aux ophthalmologistes un moyen uniforme de se reconnaître dans les diverses appréciations qu'ils avaient à faire; aussi fut-elle adoptée par tous, dès qu'elle parut, et écrite dans presque toutes les langues.

Cependant il y a deux choses à reprocher à l'échelle de Jaëger: d'abord elle manque de base scientifique, car cette mesure de $\frac{1}{2}$ millimètre, comme point de départ, est tout-à-fait arbitraire, ensuite le grossissement des caractères ne se fait pas dans une proportion régulière d'un No. à l'autre.

Ce sont justement ces défauts qui ont été évités dans les échelles de Giraud-Teulon et de Snellen. Ces deux ophthalmologistes ont pris pour unité de mesure, le plus petit objet susceptible d'être perçu, à un pied de distance par la rétine, et distingué d'un autre objet semblable, les deux étant séparés par un intervalle de même grandeur comme seraient, par exemple, les deux traits qui forment la lettre *u*.

Quelques mots d'explication, et la figure que je vais faire, suffiront pour vous démontrer que l'image rétinienne produite par un tel objet, peut être évaluée à l'aide de certains calculs assez simples, en mesurant l'angle visuel sous lequel est vu cet objet.

L'angle visuel, comme vous le savez, est formé par deux lignes droites, partant des deux extrémités de l'objet regardé, et passant par le centre optique de l'œil, où elles s'entrecroisent. Le prolongement de ces deux lignes jusque sur la rétine, fournit un second angle, lequel doit être égal au premier, puisqu'il lui est opposé par son sommet. Nous savons tous que deux angles opposés par leur sommet, sont égaux entre eux, c'est une des premières choses que nous enseigne la géométrie. Connaissant donc la grandeur d'un objet visé, et la distance où il se trouve de l'œil, on peut dire, d'après l'angle sous lequel il est vu, quelle étendue de la rétine sera impressionnée par cet objet, ou, ce qui revient au même, quelle sera la grandeur de l'image rétinienne produit par cet objet, puisque l'angle sous-tendu par cette image est égal à l'angle que sous-tend l'objet, c'est-à-dire à l'angle visuel, ces deux angles, comme l'indique la figure, étant opposés par leur sommet.

Il est aussi très facile de comprendre : 1^o que la grandeur apparente d'un objet dépend de l'angle visuel sous lequel il est vu et de la distance qui le sépare de l'œil, 2^o que des objets de grandeurs différentes paraîtront toujours avoir la même étendue, tant qu'ils seront compris dans le même angle visuel, puisque l'image rétinienne ne change pas, mais il est évident que les distances doivent augmenter à mesure que les objets deviennent plus considérables afin que l'angle visuel reste toujours le même. C'est sur ce principe que Giraud-Teulon et Snellen ont construit leurs échelles. Ils ont pris, comme je viens de le dire, pour unité de mesure, le plus petit objet susceptible d'être perçu par un œil normal, à un pied de distance ; or, (d'après des observations faites sur un grand nombre de personnes choisies comme jouissant d'une très bonne vue, et en prenant la moyenne des résultats obtenus), cet objet doit mesurer un dixième de millimètre. Un tel objet sous-tend un angle de 60 secondes ou une minute et produit sur la rétine une image dont l'étendue correspond à peu près au diamètre des cônes dans la *macula lutea*.

Les mensurations faites par les histologistes sont ici d'accord avec les observations des physiologistes, et semblent confirmer l'opinion de ceux qui considèrent les cônes comme les derniers éléments sensibles de la rétine.

Cette unité de mesure ($\frac{1}{10}$ de millimètre) n'a pas, il est vrai, une valeur absolue, mais la moyenne qu'elle représente est d'une exactitude suffisamment rigoureuse pour pouvoir être acceptée comme une véritable base scientifique des échelles typographiques.

Ainsi le numéro I des échelles de Giraud-Teulon et de Snellen, contient des caractères dont les pleins et les vides, c'est-à-dire les parties noires et les espaces blancs mesurent chacun transversalement $\frac{1}{10}$ de millimètre, et ce No. doit être lu à un pied de distance.

La graduation de l'échelle se fait ensuite de la manière la plus simple : les lettres de chaque numéro sont formées par des traits qui mesurent en largeur autant de dixièmes de millimètre que le chiffre qui correspond à ce numéro, et doivent être lues à un même nombre de pieds, (c'est toujours entendu que les espaces blancs dans chaque lettre ont la même étendue que les espaces noirs) de sorte que le No. II sera composé de caractères formés par des traits qui mesureront $\frac{2}{10}$ de millimètre ; cette mesure sera de $\frac{5}{10}$ ou $\frac{1}{2}$ millimètre pour le No. V, de 2 millimètres ($\frac{20}{10}$ mm.) pour le No. XX, de 10 millimètres ($\frac{100}{10}$ mm.) pour le No. C, ainsi de suite ; et ces numéros seront lus, le No. II à 2 pieds, le No. V à 5 pieds, le No. XX à 20 pieds, etc.

On est convenu de considérer l'œil comme jouissant d'une acuité visuelle normale, lorsqu'il lit, par exemple, le No. I à un pied, le No. III à 3 pieds, le No. XXX à 30 pieds. Si donc un œil ne pouvait lire que le No. IV à un pied, ou le No. LX à 20 pieds, l'acuité de sa vue serait réduite à $\frac{1}{4}$ de sa valeur dans le premier cas, et à $\frac{1}{3}$ ($\frac{20}{60}$) dans le second, car l'acuité de la vue a pour mesure : *“ une fraction dont le dénominateur est le rang, dans la série, de la caractéristique le plus petit lu nettement, et le numérateur, la distance à laquelle est placé le sujet. ”* (Giraud-Teulon).

Donders a aussi proposé une formule générale pour exprimer l'acuité visuelle dans tous les cas ; il désigne par S cette acuité, par N le numéro du caractère qui peut être lu, et par D la distance à laquelle il est lu ; la formule s'écrit comme suit :

$$S = \frac{D}{N}$$

Appliquons maintenant cette formule aux divers cas qui peuvent se présenter :

Le No. V est lu à 5 pieds, ($N = 5$ et $D = 5$) d'où $S = \frac{5}{5} = 1$ l'acuité visuelle est normale ; de même le No. XX est lu à 20 pieds, ($N = 20$, $D = 20$) d'où $S = \frac{20}{20}$ encore égale à 1. Si le No. V n'est lu qu'à un pied, ($N = 5$, $D = 1$) on aura : $S = \frac{1}{5}$; si le No. XL seulement peut être lu à 20 pieds, ($N = 40$, $D = 20$), $S = \frac{20}{40}$ ou $\frac{1}{2}$.

Ces exemples servent en même temps à nous faire comprendre comment l'on peut déterminer le degré de l'acuité visuelle, au moyen des échelles typographiques. Plus tard, en parlant de l'hypermétro-

pie et de la myopie, je vous dirai de quelle manière on emploie ces échelles pour reconnaître le degré de l'amétropie. (1)

Avant d'en finir avec les échelles typographiques, je vous ferai observer que celles de Giraud-Teulon et de Snellen ont été faites à peu près dans le même temps, une à Paris et l'autre à Utrecht, et ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces deux savants sont parvenus exactement aux mêmes résultats, sans avoir connaissance de leurs travaux réciproques. La seule différence qui existe entre les deux échelles, consiste en ce que, l'une est formée de caractères disposés pour la lecture courante, et l'autre de caractères isolés. A part cela, tout est semblable. Voici du reste ce que M. Giraud-Teulon disait lui-même en présentant son échelle au Congrès International d'ophtalmologie réuni à Paris en 1862 : " La limite de grandeur de l'image (0^{mm}, 005,) et la condition de présenter les pleins égaux aux clairs donnent à cette échelle l'avantage de s'appuyer sur le dernier terme de la sensibilité distincte de la rétine. Dès que l'observateur vient à sortir des limites du champ de sa vision distincte le cercle de diffusion, qui naît à cet instant, empêche au même moment de distinguer le blanc du noir. L'échelle, en un mot, à toutes les limites, se fonde sur la perception distincte de deux images de 0^{mm}, 005, séparés par un intervalle clair égal à elles-mêmes. Ces dimensions et jusqu'aux numéros s'accordent absolument avec les éléments mêmes de l'échelle de M. Snellen, composés, comme on sait de caractères isolés. Cette identité n'ayant pas été concertée devient un indice précieux de l'exactitude d'aperçus conçus à une telle distance les uns des autres.

Ces deux échelles offrent une série de 15 numéros, à partir du No. 1 jusqu'au No. 200, dans l'ordre suivant : 1-2-3-4-5-7½-10-15-20-30-40-50-75-100-200.—

Les premiers numéros qui servent principalement à mesurer l'acuité visuelle, doivent être lus à un pied de distance ; et les derniers, à partir du No 15 ou 20, sont surtout employés pour reconnaître s'il y a amétropie, et quel en est le degré ; ces numéros sont imprimés sur des tableaux placés à 15 ou 20 pieds de l'individu que l'on veut examiner.

Quelques mots sur les lunettes, et je termine cette lecture.

Les verres qu'on emploie le plus souvent en oculistique, sont les lentilles *biconvexes* et *biconcaves*. Les premiers comme l'on sait, ont la propriété de faire converger les rayons lumineux qui les traversent, et les seconds, au contraire, les font diverger. C'est dire de suite que les lentilles biconvexes doivent servir dans les cas de dimi-

(1) Ce mot *amétropie* est employé par Donders pour exprimer l'état de l'œil qui n'est pas emmétrope, or d'après ce que nous savons de *Emmétropie*, il est aisé de comprendre que l'hypermétropie et la myopie sont les deux formes de l'amétropie.

nution du pouvoir réfringent, ou encore du pouvoir d'accommodation de l'œil, et que les *biconcaves* seront nécessaires lorsqu'il y a excès dans ce même pouvoir réfringent de l'œil. On comprend aussi que la grandeur des images doit éprouver certaines modifications par l'emploi de ces lentilles; en effet les rayons lumineux passant à travers un verre convexe deviennent plus convergents, et par conséquent s'entrecroisent avant d'arriver au centre optique de l'œil, il en résulte que la rétine, étant impressionnée dans une plus grande étendue, les objets paraissent plus gros; les verres concaves, au contraire, en faisant diverger les rayons lumineux, rapprochent de la rétine le point où ils s'entrecroisent, cet organe est donc impressionné dans une moindre étendue, et conséquemment les objets paraîtront plus petits.

Outre les verres biconvexes et biconcaves, nous avons les verres *plans-convexes* et *plans-concaves*, (très peu employés à cause de l'*aberration* qu'ils produisent,) et les *ménisques convergents* et *divergents* à surfaces de courbures différentes, dont l'une (la surface extérieure) est convexe, et l'autre (celle qui regarde l'œil,) est concave; la plus forte courbure sera à l'extérieur si le verre doit être convergent, et le contraire aura lieu pour le verre divergent. Les ménisques, comme l'a démontré Wollaston, ont un avantage réel sur les bisphériques ordinaires, surtout dans les numéros forts, parce qu'ils permettent à l'œil de regarder dans toutes les directions, sans que les images en soient beaucoup altérées; c'est à cause de cela qu'on leur a donné le nom de verres *periscopiques* (d'un mot grec qui signifie: *regarder autour*) mais à côté de cet avantage, ces verres offrent quelques inconvénients: ils coûtent plus cher, et sont d'un poids plus considérable, ensuite il est difficile de déterminer exactement leur foyer. Et dans notre ville où les marchands de lunettes sont plus communs que les véritables opticiens, il vaut mieux s'en tenir aux verres biconvexes et biconcaves, autrement on est exposé à prendre des numéros qui ne correspondent pas toujours à ceux prescrits par le médecin.

On donne aussi le nom de verres *positifs* et *négatifs* aux verres convergents et divergents. Le numéro des verres indique leur distance focale exprimée en pouces, et comme la courbure d'une lentille est d'autant plus forte que son rayon est plus petit, il s'ensuit qu'un verre No. 30 sera plus fort qu'un No. 36, de même un No. 2 sera plus faible qu'un numéro 1. Le signe + placé devant un numéro, veut dire que le verre est biconvexe ou positif, et le signe —, qu'il est biconcave ou négatif; ainsi + 4 signifie un verre biconvexe de 4 pouces de foyer, et — 8, un verre biconcave de 8 pouces de foyer.

On emploie encore des verres dont la longueur focale est différente à la partie supérieure et à la partie inférieure; ces verres sont connus sous le nom de *verres à double foyer*, et ont été construits pour rem-

placer les *verres Franklin*. Ceux-ci, comme vous savez, sont composés de deux moitiés de verre, dont l'une est concave, et l'autre, convexe, et toutes deux placées dans une même monture, la première en haut, et la seconde en bas. Vous me permettrez de citer ce que dit Franklin lui-même de ces lunettes : " On conviendra généralement, je suppose, que la convexité propre à la lecture ne peut convenir pour voir à des distances plus éloignées. J'avais donc d'abord deux paires de lunettes que je changeais suivant l'occasion, parce qu'en voyageant, tantôt je lisais et tantôt je regardais le pays. Trouvant ce changement ennuyeux et ne pouvant presque le faire assez promptement, je fis couper les verres et réunir dans la même monture une moitié de chacun des deux. Par ce moyen, comme je porte constamment mes lunettes, je n'ai qu'à lever ou baisser les yeux selon que je veux voir de loin ou de près. Je trouve cela d'autant plus commode, depuis mon séjour en France, que les verres qui me conviennent le mieux à table pour voir ce que je mange, ne peuvent me servir à voir les figures des personnes qui me parlent de l'autre côté de la table ; car lorsque l'oreille n'est pas bien accoutumée aux sons d'une langue, le mouvement de la physionomie de celui qui parle aide à comprendre ; ainsi je comprends mieux le français grâce à mes lunettes. "

Or, comme Franklin était quelque peu myope et presbyte en même temps, il regardait par la partie supérieure de ses lunettes lorsqu'il voulait voir à distance, et par la partie inférieure, s'il avait besoin de voir de près.

Les *verres prismatiques* sont aussi d'un usage assez fréquent en oculistique, surtout comme *moyen de diagnostic* dans les cas d'insuffisance musculaire et de paralysies des muscles de l'œil, ou comme *moyen orthopédique* dans la diplopie, le strabisme, &c. ; bien entendu, je ne puis ce soir, entrer dans aucun détail sur les divers modes d'emploi de ces verres, je me contenterai de vous dire que les prismes ont la propriété de faire dévier vers leurs bases les rayons lumineux qui les traversent. Il résulte de là, qu'un objet qui est vu à travers un prisme, semble se déplacer du côté de l'arête du prisme. Ainsi lorsque je regarde cette épingle, par exemple, et que je place devant mon œil droit un prisme à *base en dehors*, l'épingle paraît double. et la diplopie est *croisée*, c'est-à-dire que mon œil gauche voit l'épingle où elle est réellement, et mon œil droit la voit plus à gauche. Si, au contraire, je tourne la base du prisme *en dedans*, l'œil gauche continuera de voir l'objet à la même place, tandis que l'œil droit le verra plus à droite, cette fois la diplopie sera *homonyme*.

Puisque l'on peut, au moyen de prismes, provoquer à volonté de la diplopie, ou faire contracter isolément chacun des muscles moteurs du globe oculaire, il est aisé de comprendre que l'on

peut aussi quelquefois remédier à la diplopie par l'emploi de ces mêmes prismes.

Dans l'astigmatisme, on emploie les *verres cylindriques* qui ont cette propriété que les rayons lumineux qui les traversent dans la direction de leur axe, ne subissent aucune déviation ; il n'y a de réfractés que les rayons qui passent dans une direction autre que celle de cet axe.

Enfin, outre les diverses espèces de verres que je viens de décrire, et qui tous servent à faire réfracter les rayons lumineux de différentes manières, il existe d'autres lunettes dont le but est de diminuer seulement la quantité de la lumière, ou d'en modifier la qualité. Ce sont les lunettes *sténopéiques* et les *conserves*. Les premières sont formées d'un disque opaque percé de trous de différentes grandeurs, ou d'une fente que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté ; c'est à cause de cette forme qu'on leur a donné le nom de *sténopéiques*, (de deux mots grecs : *stenos*, étroit, et *opè*, ouverture). Un trou d'épingle pratiqué dans une carte peut être considéré comme un véritable appareil sténopéique. Ces appareils rendent bien souvent de très grands services ; ainsi, pour ne citer qu'un exemple : lorsque la cornée est le siège de ces taies demi-transparentes qui en laissant passer les rayons lumineux dans l'œil, les réfractent irrégulièrement, on conçoit que la *lumière diffuse*, dont cette réfraction irrégulière est la cause, doit amener des troubles visuels quelquefois considérables, (pour s'en rendre compte un peu, on n'a qu'à regarder à travers une vitre dont certaines parties sont dépolies) ; or, en plaçant une lunette sténopéique devant l'œil, de manière à faire correspondre l'ouverture avec la partie transparente de la cornée, on empêche toute lumière diffuse d'entrer dans l'œil ; le champ visuel est diminué, il est vrai, mais au moins les objets regardés sont vus tout aussi distinctement que si la cornée était toute transparente.

Les *conserves* sont employées pour garantir les yeux contre l'action d'une lumière trop vive ; elles sont formées de *verres neutres colorés*. Les couleurs qui conviennent le mieux sont le *bleu-cobalt* de Berlin et le *gris-fumé* de Londres.

Il est bon de ne pas oublier, lorsqu'on a à prescrire des conserves, que les verres trop foncés peuvent être nuisibles dans plusieurs cas, à cause de la plus grande quantité de chaleur qu'ils absorbent, que, de plus, ces verres doivent être aussi grands que possible, afin d'empêcher d'arriver à l'œil, toute *lumière périphérique* qui est toujours plus ou moins dommageable. On comprend en effet, combien il doit être fatigant de voir certaines parties du champ visuel à une lumière douce, en même temps que d'autres, à une vive lumière. De plus les objets qui sont vus autour des verres colorés paraissent avoir la couleur complémentaire de celle de ces verres. Les verres *coquilles* usités ordinairement rempliraient, d'une manière satisfaisante, le

but qu'on se propose en prescrivant de grandes lunettes, s'ils étaient parfaitement neutres, mais les surfaces de ces verres manquent le plus souvent de parallélisme. (1) A cause de cela, les lunettes dites *chemin-de-fer* seraient peut-être préférables. Mais les meilleures conserves sont celles qui sont formées de verres plans colorés placés dans des montures ordinaires à grands cercles.

Avant de terminer, vous me permettrez encore de vous dire un mot sur l'espèce de verre à employer pour la fabrication des lunettes.

Trois sortes de verres servent à cette fin : le *crown-glass*, le *flint* ou cristal ordinaire et le *cristal de roche* ou *pebbles* des Anglais. Le *crown-glass* et le *pebbles* sont moins réfringents que le *flint*, ce dernier, en outre, jouit d'un pouvoir dispersif beaucoup plus considérable, conséquemment il décompose plus la lumière et jette beaucoup de feux, ce qui le rend tout-à-fait impropre pour l'oculistique (excepté quand il s'agit d'*achromatiser* les verres), mais en revanche, le *flint* est très précieux pour la fabrication des lustres, des vases, et en général de tous les objets d'art en verre.

Quant au *pebbles* dont on se sert si souvent ici et que l'on paraît considérer comme bien supérieur à toute autre espèce de verres (probablement parce qu'il coûte plus cher), je crois qu'il est loin de valoir le *crown-glass* pur comme verre de lunette, à cause de cette propriété de la double réfraction dont il est doué.

Cette propriété diminue beaucoup, il est vrai, lorsque le cristal est bien taillé, c'est-à-dire lorsqu'il est coupé perpendiculairement à son axe, malheureusement les *pebbles* livrés au commerce manquent très souvent de cette qualité d'être bien taillés ; (2) et nous devons le craindre surtout ici à Montréal, où il n'y a pas un seul fabricant de verres à lunettes. Pour ma part, quand j'ai à prescrire des lunettes, je recommande bien à mes malades de ne jamais prendre de *pebbles*, principalement lorsque les verres doivent être forts, car la double réfraction se faisant sentir davantage, les yeux pour vaincre cet inconvénient, sont obligés de faire des efforts dont on ne s'aperçoit peut-être pas de suite, mais qui finissent presque toujours par amener des troubles visuels quelquefois très graves.

(1) Une manière bien simple de s'assurer si les verres coquilles sont neutres, c'est de les remuer un peu quand on regarde un objet ; lorsque l'objet ne bouge pas c'est que les verres sont bons, si au contraire l'objet paraît changer de place ou se déformer c'est qu'ils manquent de parallélisme.

(2) A l'appui de cet avancé, je citerai ce que dit un des principaux opticiens de Paris : " Il est une chose bien fâcheuse et que nous signalons : c'est que presque tous les verres en cristal de roche livrés au public ne sont pas bien taillés, et qu'ils altèrent tout à fait la vue. "

(A CHEVALIER.—*Traité pratique du choix des lunettes.*)

Un autre inconvénient que je ne dois pas passer sous silence, c'est que, le *pebbles* étant un peu plus réfringent que le *crown-glass*, les Nos. des lentilles faites avec ces deux espèces de verre ne doivent pas correspondre d'une manière exacte, à moins de diminuer la courbure des lentilles en *pebbles*, et cela ne se pratique jamais. Il en résulte que ceux qui portent des lunettes de *pebbles*, ont un numéro plus fort que celui qui leur convient.

J'arrive donc par exclusion au *crown-glass*, et en effet, c'est à peu près le seul verre qui devrait être employé en oculistique, il a toutes les qualités qu'il faut pour faire de bonnes lunettes, et de plus il coûte moins cher que le *pebbles*. Mais il est très important de n'employer que du *crown-glass* pur, exempt de toutes bulles ou stries, et d'une limpidité parfaite.

—:0:—

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL.

—

Séance du 8 Avril, 1874.

Le Dr. J. P. Rottot, président, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Sur motion du Dr. Dagenais, secondé par le Dr. Brossseau, le Dr. Turgeon, de Montréal, est admis membre actif.

Le Dr. Brossseau donne lecture d'un travail sur la blennorrhagie.

Après avoir constaté que cette affection, malgré les efforts du médecin, dure souvent plusieurs semaines, même des mois et des années, il fait quelques réflexions sur la marche naturelle de la maladie et sur le diagnostic différentiel de la vaginite et de la blennorrhagie chez la femme. Il insiste surtout sur la nécessité de s'assurer de l'existence de l'urétrite chez cette dernière par des pressions d'arrière en avant exercées sur l'urèthre par le vagin. Il doute qu'une vaginite simple puisse amener une véritable blennorrhagie chez l'homme. Les médicaments employés aujourd'hui contre cette affection sont les mêmes qu'autrefois, seulement on insiste beaucoup sur l'utilité de combiner le copahu et le cubèbe. Les injections caustiques, de même que celles appelées détersives sont les premières complètement, les secondes à peu près abandonnées. Seules les injections astringentes sont encore recommandées. On conseille cependant certaines précautions dans leur emploi, car un grand nombre de médecins distingués sont d'opinion qu'elles sont une cause fréquente des rétrécissements de l'urèthre. Dans l'emploi des différentes méthodes de traitement beaucoup dépend de la période de la maladie.

Le Dr. Rottot dit qu'il est pénible d'avouer qu'une maladie aussi douloureuse et dont les patients désirent être si vite débarrassés, cède si difficilement à nos médications. Il aurait aimé voir discuter la

nature de la maladie, la pathologie de l'affection. Est-ce une inflammation spécifique ou ordinaire? Toutes les inflammations ne sont-elles pas spécifiques jusqu'à un certain point et celle-ci jouit-elle d'un caractère très particulier? Les muqueuses en général peuvent être enflammées de différentes manières et souvent la nature de l'affection nous guide pour le traitement.

Le Dr. Dagenais a vu l'acétate de potasse réussir dans un certain nombre de cas.

Le Dr. Ricard a rencontré un bon nombre de cas de rétrécissements de l'urèthre qu'il a attribués à des injections trop astringentes. La plupart de ces malades s'étaient adressés à des charlatans ou chez des pharmaciens, qui ne se gênent nullement de traiter ce genre de maladies. On peut même dire que la moitié des cas échappe ainsi au traitement des médecins. Il serait à désirer que les effets pernicieux de cet état de chose pour les individus et la société en général fussent appréciés à leur juste valeur.

Le Dr. Grenier pense avoir rencontré des cas de blennorrhagie ou d'urétrite, si l'on veut, chez des personnes dont les femmes étaient saines. Quoiqu'il en soit, on se trouve souvent dans l'obligation de rassurer les malades à cet égard. Dans les cas de blennorrhagie chronique, chez l'homme et chez la femme, il vaut mieux s'abstenir et défendre aux malades les pressions exercées sur l'urèthre, car il semble que cette pratique soit, une cause d'irritation qui entretient la maladie.

La question des amendements à adopter à l'acte d'incorporation de la profession médicale est ensuite prise en considération.

Le Dr. Perrault, après avoir constaté les plaintes qui s'élèvent de toutes parts sur le peu de protection contre les charlatans que reçoit la profession et sur la facilité avec laquelle les candidats sont admis à l'étude et à la pratique, dit que la Société Médicale ne peut prétendre vouloir trancher ces graves questions, mais il serait bon de les mettre à l'étude et les suggestions qui seraient faites pourraient être utiles ensuite à ceux à qui le devoir incombe de remédier à cet état de chose.

Le Dr. Rottot approuve cette manière d'agir et croit que des changements à la loi actuelle sont absolument nécessaires. Il ne suffit pas cependant pour les obtenir de crier que tout va mal, de faire valoir ses griefs partout et en toutes occasions, il faut de plus des sacrifices de la part des membres de la profession, il est nécessaire de déployer une grande somme d'énergie et de persévérance.

C'est au moyen du Collège des Médecins que l'on peut obtenir des améliorations. Aux membres de la profession de se faire agréger à ce corps, et là de faire valoir leurs idées.

Après quelques autres remarques par différents membres, il est décidé de continuer la discussion de ce sujet à la prochaine séance.

Le Dr. Perrault donne avis qu'il proposera le Dr. Primeau, de Lanoraie, comme membre actif.

Et la séance est levée.

—
Séance du 23 avril 1874.

Le Dr. J. P. Rottot, au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. F. X. Perrault, secondé par le Dr. Ed. Desjardins, que le Dr. Primeau, de Lanoraie, soit admis membre actif. Adopté.

Le Dr. F. X. Perrault invite les membres présents à visiter l'asile de la Longue-Pointe où il se trouve en ce moment plusieurs cas de nature à les intéresser.

Sur motion du Dr. Ricard, secondé par le Dr. Lussier, l'invitation est acceptée.

Le rapport du comité sur les amendements à adopter à l'acte d'incorporation de la profession médicale est ensuite pris en considération.

Plusieurs clauses sont discutées et adoptées avec quelques amendements.

Sur proposition du Dr. Brosseau, secondé par le Dr. Thibault, il est résolu de convoquer une séance extraordinaire mercredi le 29 courant, afin de continuer l'examen de ce rapport.

Et la séance est levée.

DR. G. GRENIER,
Sec.-Trés. S. M.

—:—
BIBLIOGRAPHIE.

—
The Student's Guide to Surgical Anatomy : being a description of the most important surgical regions of the human body, and intended as an introduction to Operative Surgery. By EDWARD BELLAMY, F. R. C. S. Associate of King's College, London, &c. with Illustrations. 1 vol., 12 mo., pp. 300. Philadelphia: Henry C. Lea, 1874. Montréal: Dawson Bros.

—
Souvent l'élève, après avoir appris tous les détails de l'Anatomie descriptive, croit sa tâche achevée et le but de cette étude complètement atteint. Du moment qu'il a passé l'examen primaire, il laisse son Anatomie de côté, pour se livrer exclusivement à l'étude des branches finales. De là vient qu'il se trouve, quelquefois, passablement embarrassé lors de son examen final, car il s'aperçoit alors que l'on exige de lui une connaissance plus ou moins complète de l'Anatomie Chirurgicale. En effet l'étude de l'Anatomie des régions doit être le couronnement de

celle de l'Anatomie descriptive. On peut savoir parfaitement cette dernière et ne pas être en état d'appliquer ces connaissances en pratique.

Le petit ouvrage dont nous venons de donner le titre, a été composé surtout pour l'avantage des étudiants qui se préparent aux examens et qui n'ont pas le temps de recourir à des ouvrages volumineux pour rafraîchir leur mémoire. L'auteur passe tour à tour en revue les différentes régions du corps humain et insiste d'une manière particulière sur les points qui intéressent la chirurgie.

Cet ouvrage sera très utile à tous ceux qui étudient la Médecine opératoire. Les descriptions sont courtes, mais claires et parsemées de réflexions pratiques.

Quelques-unes des figures sont empruntées aux ouvrages de Fergusson, de Heath et de Richet, mais un bon nombre ont été exécutées par l'auteur lui-même : toutes sont claires, d'une grande précision et ajoutent considérablement à l'utilité de l'ouvrage.

A Universal Formulary : containing the methods of preparing and administering officinal and other medicines, by R. EGLESFELD GRIFFITH, M. D. Third edition-revised by JOHN M. MAISCH, Phar. D., etc., with illustrations — 1 vol. 8 vo. pp. 780.—Philadelphia : Henry C. Lea, 1874, Montreal : Dawson Bros.

Le but de cet ouvrage est d'offrir aux médecins et aux pharmaciens une collection complète de formules, en même temps que d'autres informations utiles.

L'introduction contient des tables et des observations sur les poids et mesures des différents pays, un vocabulaire des principales abréviations et des termes latins en usage pour les prescriptions, des observations sur les soins à donner aux malades et des règles sur l'administration des différentes classes de remèdes. Dans le formulaire proprement dit, l'auteur suit l'ordre alphabétique et il fait suivre le nom du remède des formules sous lesquelles on l'a déjà administré.

On ne peut contester, d'une manière absolue, l'utilité d'ouvrages de ce genre qui peuvent certainement rendre des services dans certaines occasions, mais il ne faut pas exagérer leur importance. En tant qu'ils enseignent l'art de formuler, d'administrer ou de combiner les médicaments de manière à les rendre plus efficaces et plus agréables, ils peuvent être profitables au praticien.

Mais rien ne peut être plus fatal au succès de ce dernier dans sa profession que de s'habituer à traiter les maladies au moyen de certaines formules plus ou moins invariables, car cette manière conduit directement à la routine. Pour pratiquer la médecine de la

sorte, il suffit d'assigner un nom à la maladie et de prescrire la formule proposée contre cette affection.

C'est là de l'empirisme pris dans le plus mauvais sens du mot. Le véritable médecin ne se laisse pas ainsi entraîner vers la routine, il cherche à pénétrer dans les replis intimes de la vie individuelle et il trouve dans cette recherche des indications précieuses pour le traitement. Les causes des maladies, leur caractère, la saison, les complications qui surviennent dans leur cours et une foule d'autres circonstances imposent au médecin le devoir d'étudier chaque cas particulier de manière à généraliser le plus possible la maladie et à individualiser le plus possible le malade. Alors avec la connaissance des effets des remèdes, des indications et contre-indications de leur emploi, il lui sera facile, le plus souvent, de fabriquer une prescription sans recourir au formulaire.

Cependant on ne peut contester, comme il a été dit plus haut, l'utilité de ces ouvrages dans certains cas. Ils peuvent surtout être utiles au jeune médecin dans le but de lui rappeler le meilleur mode d'administration des médicaments.

A ce point de vue, cette nouvelle édition de l'ouvrage de Griffith mérite le succès obtenu par les précédentes.

—

A Treatise on the Diseases of the Eye; by J. SOELBERG WELLS, F. R. C. S., professor of Ophthalmology in King's College, London, etc., Second American from the third English edition. 1 vol. 8 vo. pp. 840—Philadelphia: Henry C. Lea, 1873.—Montreal, Dawson, Bros.

—

Cet ouvrage est destiné à répondre à un besoin réel. L'étudiant pour s'initier à l'oculistique moderne, de même que le praticien pour en suivre les progrès ne peuvent avoir recours à des traités dont les dimensions s'accordent peu avec le temps qu'ils peuvent consacrer à cette étude.

Le Dr. Soelberg Wells a réussi à ramener aux dimensions d'un manuel toute la science ophthalmologique et il a rendu par là même un véritable service à la profession. Il a fait plus encore, car à cet avantage il a joint celui de refléter non-seulement l'expérience des autorités scientifiques, mais de plus sa riche expérience personnelle acquise dans l'enseignement et dans la pratique de l'oculistique. L'introduction renferme des considérations très pratiques sur la manière d'examiner l'œil et de faire certains pansements en usage journalier. Dans autant de chapitres différents, l'auteur passe ensuite en revue les maladies des tissus et des membranes qui composent l'œil en suivant la classification anatomique.

Une soixantaine de pages sont consacrées à l'étude des anomalies de la réfraction et de l'accommodation de l'œil. Ceux qui ont oublié leur physique élémentaire, trouvent ces questions d'optique physiologique difficiles à saisir, cependant avec un peu de persévérance on vient assez facilement à bout des difficultés que présentent à première vue ce sujet un peu abstrait. Il suffit de lire avec l'attention qu'il mérite l'excellent travail de M. le Dr. Desjardins que nous publions en ce moment pour se convaincre de l'importance de cette étude.

On ne peut analyser un ouvrage de ce genre, aussi nous ne pouvons que recommander celui-ci à nos lecteurs. Ce traité est complet, rédigé avec soin, bien au courant de la science et le meilleur dans son genre qui ait été écrit en langue anglaise. Deux cents quarante figures intercalées dans le texte et seize dessins coloriés du fond de l'œil, empruntés à l'Atlas de Liebreich, complètent avantageusement l'ouvrage.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

DU CHLORAL CONTRE LES CONVULSIONS.—De toutes les propriétés du chloral, la plus précieuse et la plus constante, selon moi, c'est son action contre les *convulsions*, quelles qu'elles soient. Depuis plus de 3 ans que je l'emploie, je l'ai parfois trouvé infidèle comme anesthésique ou comme somnifère, jamais comme *anticonvulsif*. Je dois en excepter pourtant deux cas de tétanos traumatique, qui se sont terminés en quelques jours par la mort, malgré de fortes doses de chloral. Faut-il attribuer ces insuccès au caractère spécial des convulsions tétaniques? L'administration par la bouche ou par le rectum, qui suffit dans les autres maladies convulsives, ne suffit-elle plus dans le tétanos? La récente observation de M. Oré, qui a obtenu un si remarquable succès par les injections intra-veineuses, nous autorise à poser cette question et à concevoir quelque espoir dans ce mode d'administration.

Dans tous les autres cas d'accidents convulsifs, que j'ai traités par le chloral, je n'ai eu que des succès. En 1871, une femme atteinte de ramollissement cérébral, hémiplegique, eut à 5 ou 6 reprises des attaques convulsives épileptiformes: chaque fois, et très rapidement, le chloral les fit cesser; les mouvements s'apaisaient, et un sommeil calme succédait au coma sans que la malade eût repris connaissance. En 1872, chez une jeune femme,

marchande de vins, qui buvait l'eau de vie à plein verre et qui était arrivée très-vite à l'alcoolisme chronique, éclatent des convulsions épileptiformes : elles duraient depuis 3 heures quand j'arrivai près d'elle, les crises se rapprochaient de plus en plus, coma absolu dans l'intervalle, cyanose extrême, asphyxie imminente ; j'administrai moi-même 1 gramme de chloral de demi-heure en demi-heure ; ce ne fut qu'au bout de 2 h. $\frac{1}{2}$ et après avoir absorbé environ 6 grammes du médicament, que la malade reprit connaissance. Deux ans auparavant, j'avais été appelé pour un cas absolument identique, et, malgré tous mes efforts (saignée, etc., je n'employais pas encore le chloral), la malade était morte en quelques heures.—Enfin le professeur Bouchardat, qui a reproduit cette observation dans son annuaire pour 1874, pense que je suis tombé sur un cas heureux.

Enfin en 1872, appelé près d'une nouvelle accouchée en proie à une attaque d'éclampsie avec albuminurie, je prescrivis 6 grammes d'hydrate de chloral dans 100 grammes de sirop de groseilles ; à cinq heures et demie, avant qu'on ait apporté le chloral, troisième attaque ; tous les symptômes classiques, durée d'environ vingt-cinq minutes, en comptant une courte période de coma. Pendant cette attaque, notre confrère avait essayé de donner du chloroforme, mais la malade détournait violemment la tête dès qu'elle sentait l'approche de la compresse, et comme il n'y avait personne pour la maintenir, il fallut renoncer à ce moyen. Aussitôt qu'elle est revenue à elle, on lui fait prendre trois cuillerées de sirop à un quart d'heure d'intervalle. Les attaques ne se renouvellent plus, et elle dort toute la nuit, en prenant le reste de son sirop. Le lendemain matin elle est très calme, un peu étonnée, la mémoire paresseuse, ne se plaignant plus que d'un léger mal de tête et surtout de la gêne que lui cause le gonflement de sa langue : plus de traces d'albumine dans les urines.

C'est surtout dans les convulsions des enfants que j'ai eu l'occasion d'expérimenter le chloral et d'en éprouver l'efficacité. Dans ces trois dernières années, j'ai observé pour le moins une dizaine de cas de convulsions chez des enfants plus ou moins âgés, et je les ai toujours traités avec succès par le chloral. Lorsque la cause qui produit la surexcitation médullaire n'est pas une maladie grave et n'offre par elle-même aucun danger, dentition difficile, émotion vive, etc., la guérison est immédiate et définitive : c'est, je crois, dans le plus grand nombre, sinon dans la totalité de ces cas que les convulsions sont dites essentielles ou idiopathiques, bien qu'en réalité, selon moi, elles soient toujours symptomatiques.

Lorsque, au contraire, la cause de l'éclampsie infantile est une maladie grave, méningite, rougeole, bronchite capillaire, etc., le chloral fait encore cesser les mouvements convulsifs, et c'est déjà quelque chose que d'écarter une complication qui peut à elle seule déter-

miner la mort ; mais il ne faut pas lui demander autre chose : la maladie principale continue sa marche et réclame le traitement qui lui convient. Seulement s'il est vrai, comme l'admettent tous les auteurs, que les convulsions seules, indépendamment de leur cause, sont souvent mortelles, on pensera sans doute que cette application du chloral est l'une des plus utiles et des plus précieuses.

Le mode d'administration du chloral, tel que je l'ai adopté, est très-simple : il s'agit d'obtenir l'effet utile et de ne pas le dépasser ; il faut donc le donner à une certaine dose, suivant l'âge, d'une façon continue, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet voulu. Le sirop que je prescris en contient toujours 1 gramme par cuillerée à bouche (1 gramme pour 15 de sirop) : de demi-heure en demi-heure et de quart d'heure en quart d'heure dans les cas urgents, on en administre 1 cuillerée à bouche aux adultes, 1 cuillerée à café aux enfants au-dessous de 2 ans, 1 cuillerée à dessert au-dessus de 2 ans, jusqu'à ce que les mouvements convulsifs aient cessé, et qu'une respiration paisible ait succédé au stertor du coma.—La formule la plus ordinaire est : hydrate de chloral 6 grammes.—Essence de menthe, 1 goutte.—Sirop simple, 100 grammes.—Chez les adultes, quand il s'agit d'obtenir la sédation de douleurs ou le sommeil, j'ajoute souvent 0,05 centigr. de chlorhydrate de morphine : le sommeil ainsi provoqué est, je crois, plus long et plus profond qu'avec le chloral seul.—*Revue de Thér. M.-C.*

DR. E. DARIN.

—:o:—

Administration de l'atropine contre les sueurs, par le docteur FRÄNTZEL.—Le *Lyon Médical* a déjà signalé les résultats obtenus par M. Sidney Ringer sur les sueurs par les injections sous-cutanées d'atropine ; le docteur Wilson (*Philadelphia medical Times*) est arrivé à des résultats tout à fait semblables chez quatre phthisiques ; il a arrêté les sueurs colliquatives au moyen de sulfate d'atropine, à la dose d'un quatre-vingtième de grain. Ces succès ont engagé M. Fräntzel à essayer ce médicament dans divers cas de sueurs, et en général il a eu beaucoup à se louer de cette pratique.—(*Allg. med. central Zeitung*, août.)

Sur 15 sujets atteints de pneumonie caséuse plus ou moins récente avec fièvre et sueurs nocturnes, le sulfate d'atropine a complètement arrêté les sueurs chez 6 ; il les a diminuées de beaucoup chez 7, et il est resté sans effet chez 2.

Sur 48 phthisiques, l'auteur note 5 succès, 22 succès complets avec suppression totale des sueurs et 21 demi succès avec remarquable diminution de celles-ci.

Dans deux cas de trichinose chez lesquels des sueurs nocturnes profuses s'étaient manifestées après la période d'acuité, le sulfate d'atropine fut administré à la dose de 1 milligramme deux heures avant

le moment où l'accès de sueurs était attendu ; on le continua cinq jours de suite dans un cas et trois jours dans l'autre. Les sueurs disparurent dès le soir de l'administration du médicament.

Sur 8 rhumatismes articulaires aigus avec sueurs abondantes, 5 fois l'atropine arrêta les sueurs d'une manière durable, 2 fois elle les diminua sensiblement et 1 fois elle fut sans effet. Dans un de ces cas de rhumatisme aigu, il s'agit d'un homme de trente-deux ans qui avait presque toutes les grandes articulations des membres supérieurs et inférieurs très-fortement atteintes et qui était couvert de sudamina et baigné de sueurs. On donna le sulfate d'atropine à la dose de 1 milligramme ; il y eut tout de suite une grande amélioration, et au bout de deux heures les sueurs avaient complètement disparu. Elles revinrent le soir, mais disparurent de nouveau le lendemain dans l'après-midi sous l'influence d'une nouvelle dose d'atropine. Ce médicament fut alors régulièrement continué matin et soir, et les sueurs ne reparurent plus. La fièvre dura quatorze jours.—Dans un autre cas de rhumatisme aigu, l'atropine eut les mêmes effets avec ceci de remarquable que dans le cours de la maladie on omit deux jours le médicament et ces deux jours les sueurs reparurent.

M. Frœntzel donne l'atropine en pilule suivant cette formule :

Sulfate d'atropine..... 1 milligr.

Extrait de gentiane q. s.

A prendre une ou deux fois par jour.

L'auteur ne dépasse pas cette dose ; parfois il a vu quelques légers phénomènes d'intoxication, tels que paresse et légère dilatation des pupilles, étourdissements, mouches volantes ; accidents qui du reste disparaissent rapidement au bout d'une heure ou deux. Dans quatre cas l'atropine a déterminé un peu de diarrhée ; la suppression du médicament a suffi pour l'arrêter.

Il est difficile de dire comment agit dans ces cas l'atropine ; M. Frœntzel pense que son action excitante bien connue sur la contraction des petits vaisseaux (Meuriot, Fleming, Jones, Hayden, Brown-Séguard) détermine une atonie des glandes sudoripares qui expliquerait l'arrêt de leur fonction et par suite la sécheresse de la peau. C'est par un mécanisme analogue qu'il faudrait aussi expliquer la sécheresse de la gorge habituelle dans l'empoisonnement par la belladone. (*The British medical journal.*)—*Lyon Médical.*

EMPLOI DE L'HYDRATE DE CROTON-CHLORAL, par le docteur BENSON-BAKER.—Le *Lyon Médical* a déjà parlé de ce médicament que nous devons à Oscar Liebreich, qui nous a donné déjà l'hydrate de chloral ; M. Benson-Baker le conseille dans les cas de névralgie et il le recommande chaudement. A la dose de 5 centigrammes, il soulage rapidement la douleur et produit du sommeil sans donner ensuite du mal de tête ou de l'embarras gastrique. Dans quelques cas il a paru avoir une action légèrement laxative.

Treize malades chez qui l'hydrate de croton-chloral a été administré n'en ont éprouvé aucun effet fâcheux. Voici quelques observations abrégées qui donneront une idée de la manière d'agir du médicament.

1o. Névralgie faciale très-intense chez une femme; la vue et l'ouïe sont compromises; la malade ne peut prendre ni repos ni nourriture. Hydrate de croton-chloral, un grain toutes les heures; mieux considérable au bout de trois heures. Après trois autres doses, la douleur a complètement disparu.

2o. Névralgie faciale d'origine dentaire chez une femme; pas de sommeil ni de nourriture depuis trois jours. Hydrate de croton-chloral; un grain toutes les heures. Grand soulagement après la seconde dose, douleur complètement disparue après six doses; sommeil la nuit.

3o. Contusion de l'épine plusieurs années auparavant; vives douleurs le long des nerfs émanant du point lésé; impuissance de tous les médicaments employés jusqu'alors. 1 gramme de bromure de potassium et 5 centigrammes d'hydrate de croton-chloral produisent le meilleur effet sans accidents fâcheux.

4o. Femme dyspeptique et névralgique avec dysménorrhée très-douloureuse. Deux grains du médicament pris au moment du paroxysme soulagèrent d'une manière remarquable la douleur.

5o Diverses névralgies depuis plusieurs années chez une femme; insuccès de presque tous les médicaments internes ou externes de la pharmacopée (strychine, fer, quinine, aconit, belladone, iode, chlorure d'ammonium, brome, galvanisme, vésicatoires, injections hypodermiques, bains, changement d'air, etc.). Deux grains d'hydrate de croton chloral toutes les heures soulagent rapidement la douleur. Après avoir pris huit grains la malade ne souffre presque plus.

(*The British medical journal.*)—*Idem*

—

DE L'EFFICACITÉ DU SOUS-NITRATE DE BISMUTH DANS L'INTERTRIGO.—Une expérience de plus de vingt ans me permet d'affirmer avec assurance que le sous-nitrate de bismuth est le remède par excellence, et j'ose même dire certain, de l'intertrigo.

Le sous-nitrate de bismuth a été employé tard en médecine; il y a lieu de s'étonner qu'on n'ait commencé à connaître son efficacité que dans le dernier siècle. On en faisait usage, il est vrai, de temps immémorial pour dissimuler les rougeurs du visage parce qu'il blanchit-physiquement la peau comme une peinture. C'était le seul but que l'on se proposait; car on ne savait pas qu'il possédait une puissance médicatrice, c'est-à-dire qu'il modérait ou faisait cesser l'irritation morbide qui produit les rougeurs de la peau. Odier de Genève a, le premier, fait connaître son utilité dans les maladies de

l'estomac et des intestins. On peut même dire qu'il avait indiqué toutes les propriétés de cette substance.

Bretonneau l'a employé avec succès dans la blépharite et dans les ophthalmies ; il l'a recommandé aussi dans certaines maladies de la peau, au nombre desquelles il cite l'intertrigo ; mais il n'a pas proclamé l'efficacité absolue du sous-nitrate de bismuth que je viens signaler aujourd'hui dans cette dernière maladie.

Trousseau a indiqué les avantages que l'on peut en obtenir dans les gastralgies et les gastrites chroniques.

Tout récemment Monneret l'a mis en vogue en faisant connaître sa grande utilité dans les maladies du canal digestif ; il a aussi annoncé son utilité dans l'intertrigo en ces termes : " Nous ne connaissons pas de médicament qui guérisse plus sûrement l'intertrigo des personnes grasses, des enfants malpropres, des nourrices. "

Ayant il y a environ vingt ans employé en désespoir de cause le sous-nitrate de bismuth dans l'intertrigo sur un individu chez lequel tous les moyens avaient été tentés en vain, j'obtins une guérison complète. Je le conseillai de nouveau à la première occasion qui se présenta, et le résultat fut aussi heureux. Encouragé par ces deux succès, j'ai continué à l'opposer à l'intertrigo. Je ne l'ai jamais vu échouer. Je puis donc annoncer avec autorité son efficacité dans l'intertrigo, car je l'ai maintenant administré d'innombrables fois et toujours avec les mêmes avantages.

L'emploi du sous-nitrate de bismuth est bien simple. Il consiste, dans l'application tous les huit jours seulement, c'est assez, d'un mélange de parties égales de sous-nitrate de bismuth et de glycérine, dans les plis occupés par l'intertrigo.

Voici ma formule habituelle :

Sous-nitrate de bismuth, }
Glycérine } aa 8 grammes. (5ii)

Mélez.—On peut y ajouter vingt cinq à trente gouttes de teinture de cochenille pour donner à ce mélange une couleur qui approche de celle de la peau ; on peut aussi y ajouter un peu d'eau dans l'été, s'il se dessèche trop vite.

—Revue de Thér. Méd. Chir.

DR. EUGÈNE LÉGAL.

EMPLOI DE LA GLACE CONTRE LA CYSTITÉ BLENNORRHAGIQUE, par M. HORAND, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille de Lyon.—L'auteur commence par rappeler (*Lyon médical*, 15 février, dans quelles conditions cette complication de la blennorrhagie survient ordinairement et énumère les nombreuses médications conseillées et dirigées contre elles. M. Rollet recommande surtout la potion de Chopart dès le début à la dose de deux, quatre, rarement six cuille-

rées par jour. Les effets sont très-prompts ; le lendemain ou le surlendemain on constate une amélioration, et, en six ou huit jours, rarement plus, on guérit des cystites qui, avec le traitement ordinaire, auraient duré deux ou trois mois.

Nous-même avons eu à nous louer de cette médication, et nous avons pu voir combien elle est supérieure à l'usage des bains, des cataplasmes, des tisanes émollientes, tous moyens dont l'action est lente et l'efficacité peu accentuée. Malheureusement la potion de Chopart n'a rien de savoureux ; elle occasionne des renvois, souvent de la diarrhée ou des vomissements, parfois ces éruptions copahiques qui effraient les malades et ont tant de ressemblance, de prime-abord, avec l'éruption de la rougeole.

M. Horand s'est bien trouvé de la tisane de Pareira Brava additionnée d'acide benzoïque et de chlorhydrate de morphine.

“ Toutefois, dit-il, ce moyen lui-même m'ayant donné plusieurs fois des insuccès, j'étais encore à la recherche d'une nouvelle médication contre la cystite blennorrhagique, lorsque j'eus occasion de lire le mémoire que M. Cazenave (de Bordeaux) publia au mois d'août 1873, sur l'emploi de la glace dans le rectum contre la dysurie et l'ischurie occasionnées par des rétrécissements de l'urèthre et les hypertrophies de la prostate. ”

“ Ce traitement, me parut applicable à la cystite blennorrhagique, et je conçus dès-lors l'idée d'en faire l'essai dès que l'occasion s'en présenterait. Cette occasion m'a été offerte deux fois, et, dans les deux cas, le résultat de la médication a été tel, que je me fais un devoir de le livrer à la publicité. ”

Suit une première observation relative à un jeune homme atteint de cystite blennorrhagique accompagnée de rétention d'urine. Les moyens ordinaires échouèrent. L'emploi de la glace amena un soulagement rapide et calma les érections sans modifier l'écoulement urétral.

Une seconde observation est non moins probante, et le malade n'a jamais oublié le soulagement que lui a procuré la glace.

Un autre médecin de Lyon aurait aussi à se louer fortement de cette pratique.

On sait que l'application de la glace est des plus simples, car elle consiste à introduire dans le rectum un morceau de glace dépoli ayant la forme d'un ovale allongé et de la grosseur d'une châtaigne ordinaire. On le pousse jusque par de-là les spincters, et on le fait renouveler toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité de l'affection et le soulagement éprouvé, soulagement qui ne se fait pas longtemps attendre.

Nous pensons qu'on pourrait étendre davantage le champ d'action de cet excellent moyen. Il est probable qu'il calmerait les érections si pénibles de certaines blennorrhagies — en dehors de toute inflamma-

tion de la vessie—et que la cystite cantharidienne en serait aussi favorablement influencée. Le camphre, qui régnait en souverain parce que nous n'avions rien à mettre à sa place, nous paraît assis sur un trône fort chancelant.

—

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE PAR LES BAINS FROIDS.
—Nous parlons de Lyon et de l'eau froide ; ne quittons ni l'un ni l'autre sans dire encore quelques mots de ce traitement de la fièvre typhoïde qui occupe en ce moment les séances des deux Sociétés médicales du chef-lieu du Rhône. Il résulte des faits apportés de tous côtés que nos confrères ont obtenu les succès les plus remarquables. Aussi ce traitement est-il suivi avec un enthousiasme qu'on ne peut s'empêcher de partager un peu quand on voit, par exemple, cinquante-cinq malades soignés de cette manière guérir tous sans exception, quand on songe que les accidents les plus graves d'adynamie ou d'ataxie cèdent avec une rapidité et une certitude surprenantes. Et remarquez que la bronchite, la congestion pulmonaire, etc., ne semblent point des contre-indications. Mais il faut, pour obtenir ces résultats, suivre la méthode de Brand dans toute sa pureté, c'est-à-dire donner des bains à 20° toutes les trois heures environ ; par conséquent, ne pas croire que les bains tièdes seront préférables ou qu'on peut se contenter de quelques affusions froides. On a vu à Lyon des mécomptes arriver à tous ceux qui s'étaient ainsi écartés de la méthode. Le nombre des individus atteints de fièvre typhoïde étant considérable en ce moment et chaque malade devant prendre un si grand nombre de bains, on a dû installer tout un service spécial à l'usage de ce mode de traitement. Certains malades ont pris, en effet, jusqu'à 100, 130, 180, 210 bains dans l'espace de trois semaines ou un mois. Notons, en passant, que plusieurs infirmiers chargés de ce service des bains ont été pris de fièvre typhoïde : nouvel et bon argument en faveur de la contagiosité de cette maladie.—*Bordeaux médical.*

—

DE L'EMPLOI DES BAINS TIÈDES DANS LES MALADIES DE POITRINE ET, EN PARTICULIER DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE.—Nous croyons utile de rendre compte de recherches intéressantes faites, sous les auspices de M. le professeur Lasègue, à l'hôpital de la Pitié par un jeune docteur, M. Souplet, sur les bons effets des bains tièdes dans les maladies de poitrine, et en particulier dans la phthisie pulmonaire. Nous croyons que c'est avoir rendu un réel service à la science que d'avoir courageusement fait cesser l'espèce d'ostracisme qui semblait peser sur la médication balnéaire dans les affections de poitrine. La température de ces bains, ordinairement simples, mais auxquels on peut parfois ajouter de faibles quantités de sulfure de

potassium, de carbonates alcalins ou de sels de Pennés, doit être environ de 30 au-dessous de celle du malade.

“ Le bain doit avoir une durée de 20 à 45 minutes ; il doit être administré surtout avant le repas, afin que le malade puisse bénéficier de l'augmentation d'appétit qu'il provoque, et ordonné, suivant les cas, tous les jours ou les deux jours. L'auteur insiste beaucoup, et avec grande raison, sur ce fait que la température du bain doit être réglée sur celle du malade, à laquelle elle sera inférieure de 3°. Ainsi, un bain de 37° convient pour un malade dont la température est de 40° et même de 41°, tandis qu'il serait trop chaud pour un individu à température normale.

“ Pendant l'immersion, le malade éprouve une légère oppression, un peu d'accélération des mouvements respiratoires, qui se calment très-vite ; puis la toux se modère, l'expectoration devient plus facile, le pouls diminue de fréquence et la température s'abaisse.

“ Après l'immersion, le malade respire mieux, sent renaître son appétit, le pouls a pu diminuer de 12, 20 et même 28 pulsations, la température de près de 2° degrés centigrades ; de plus, chose importante à noter, les sueurs diminuent et peuvent même disparaître ; le sommeil revient et, en résumé, les bains facilitent la respiration en agissant sur la peau, dont la circulation est activée, et les fonctions respiratoires supplémentaires sont ainsi ranimées.”

—*Bordeaux médical.*

VOMITIFS EXCEPTIONNELS EN CAS D'INDIGESTION GRAVE, par LUTON.—Le vomitif est le spécifique de l'indigestion ; cependant, en présence d'un cas grave, on hésite quelquefois à le donner, soit que le diagnostic paraisse douteux, soit que le remède semble trop énergique. La saignée aurait quelquefois réussi dans les cas d'indigestion à forme apoplectique, non seulement comme moyen s'adressant à l'état cérébral, faisant tomber le spasme, relevant les forces opprimées, mais encore provoquant le vomissement.

L'auteur raconte alors un premier fait de convulsions avec délire furieux paraissant se rattacher à une indigestion. Après quelques inhalations de *chloroforme*, le calme revient en même temps qu'out lieu des vomissements abondants.

Une dame, après avoir mangé du veau à l'oseille, étant allée au théâtre, en revient en proie à quelques malaises, vertiges, bientôt suivis de syncope, puis quelques mouvements convulsifs ; l'état devient très-grave. L'auteur, ayant dans la poche une solution morphinée et une seringue hypodermique, injecte environ un centigramme de *chlorhydrate de morphine* ; au bout d'un quart d'heure environ, vomissements suivis de calme et de la guérison. (*Gaz. hebdomadaire*, Lyon médical.)

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

LIGATURE DE LA TIBIALE ANTÉRIEURE POUR UN ANÉVRYSME FAUX, AU MOYEN DU PROCÉDÉ D'ANÉMIE LOCALE D'ESMARCH.
Un homme de 30 ans, robuste et bien portant, se blesse à la partie antérieure et externe de la jambe droite avec la pointe d'un couteau; il s'en suivit une forte hémorrhagie et une syncope; sa botte était pleine de sang. L'hémorrhagie s'arrêta cependant avant l'arrivée du médecin. Huit jours après, à la même place, on observait une tumeur grosse comme le poing, bleuâtre et pulsatile. On avait à faire à un anévrysme faux traumatique.

Leisring fit la ligature après avoir employé le procédé d'Esmarch; pas une goutte de sang ne s'écoula. On put ouvrir la cavité de l'anévrysme, en éloigner les caillots et lier commodément la tibiale antérieure. La cavité fut remplie de charpie et le membre placé dans une position élevée.

Le blessé guérit parfaitement bien. C'est encore un fait de plus à enregistrer parmi les applications possibles du procédé d'Esmarch. (*ZEITSCHRIFT F. CHIRURGIE*).—*Gazette Médicale de Paris*.

INJECTION AU CHLOROFORME POUR PRÉVENIR LA DOULEUR LOMBAIRE DANS L'OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE PAR INJECTION.—Je viens de pratiquer pour la huitième fois l'opération de l'hydrocèle par injection, en faisant bénéficier le malade d'un moyen qui m'a toujours réussi pour supprimer les douleurs de reins consécutives à l'opération classique. Je formule ainsi le liquide de mon injection :

Injection iodo-iodurée du Codex,	60 grammes. (5ü)
Chloroforme,	10 — (3üss)

Dans aucun cas la douleur lombaire ne s'est manifestée et la guérison a eu lieu dans les délais ordinaires.

Docteur LUBIN.
à Avesnes (Nord).

—*Journal de M. et de C. P.*

MALADIES VENERIENNES.

EMPLOI DU BROMURE DE POTASSIUM DANS LA BLENNORRAGIE, par le docteur John W. BLIGH.—L'auteur administre ce médicament en même temps à l'intérieur et topiquement en injection. A l'intérieur il le combine avec des alcalins pour éviter l'action acidifiante qu'il a sur les urines et qu'il est bon d'éviter ici. Voici la formule qu'il conseille :

Carbonate de potasse.....	3 grammes.	(45 grs)
Bromure de potassium.....	4 à 6 gr.	(3i à 3iiss)
Teinture de jusquiame.....	2 grammes	(3ss)
Eau camphrée.....	150 gr.	(3IVss)

A prendre un sixième trois fois par jour, et un autre sixième pendant la nuit si le malade ne dort pas.

En injection, M. Bligh emploie habituellement cette formule :

Bromure de potassium.....	6 grammes.	(3iiss)
Glycérine.....	10 —	(3iiss)
Eau distillée.....	150 —	(3IVss)

Pour une injection toutes les quatre heures.

Les heureux effets de ce traitement étaient faciles à prévoir. En effet le bromure de potassium diminue, on le sait, les sécrétions des muqueuses; c'est un sédatif des nerfs qui animent ces membranes, il augmente la sécrétion urinaire et la rend moins irritante en en diminuant la densité; enfin il a une action sédative très marquée sur les organes de la génération. De plus, on sait qu'employé localement il a une action anesthésiante que l'on a déjà mise en usage sur l'arrière gorge pour faciliter, par exemple, l'examen laryngoscopique. Il était donc présumable que cette même action se manifesterait sur la muqueuse uréthrale au moyen des injections.

Pour toutes ces raisons, l'auteur recommande le bromure de potassium, non seulement dans la blennorrhagie chronique ou subaiguë, mais encore dans la période aiguë du mal et dans la forme suraiguë ou cordée. Ce moyen, du reste, ne doit pas faire oublier les moyens accessoires, tels que le régime, l'emploi des boissons émollientes, l'usage et l'adjonction des astringents en injections dans la période ultime de la maladie. (*The Practitioner.*) — *Lyon médical.*

—:0:—

GYNECOLOGIE.

DE L'UTILITÉ DE L'ÉPONGE PRÉPARÉE DANS LES CAS DE CHANGEMENTS DE POSITION ET DE VOLUME DE L'UTÉRUS, par KLENCKE, de Hanovre (*Deutsche Klinik*, 1873. n° 23) — Le docteur Krone, de Hanovre, eut l'occasion, chez une femme de 41 ans, très-robuste, mais extrêmement nerveuse, atteinte de rétroflexion et d'hypertrophie de l'utérus, d'employer l'éponge préparée pour aller à la recherche de quelque néoformation interne. Après l'introduction répétée chaque jour d'éponges préparées de plus en plus grosses, combinée avec le séjour continu au lit, on trouva l'utérus vide de toute tumeur; néanmoins on continua l'introduction d'éponges et le séjour prolongé au lit, et l'on vit peu à peu l'utérus devenir plus mou et même se redresser graduellement. Plusieurs semaines après, l'utérus étant redressé, on introduisit chaque jour dans le cul-de-sac vaginal inférieur, un tampon de coton imbibé de glycérine, la femme eut

l'autorisation de se lever : et il arriva que non seulement l'utérus conserva sa position normale, mais encore qu'il reprit sa consistance et son volume ordinaires, et qu'en même temps disparurent tous les désordres hystériques. On fit ensuite quelques injections de nitrate d'argent en solution, qui firent disparaître une excessive sécrétion utérine ; et la malade fut guérie. Kleneke rapporte trois autres cas traités de la même manière, dans lesquels il y avait métrite chronique et hypertrophie de l'utérus avec rétrécissement du canal cervical ; dans un cas il y avait en outre rétroversion. Le traitement dura cinq semaines au plus ; dans un cas, où il y avait un rétrécissement considérable du canal cervical, on débuta par la dilatation au moyen de tiges de laminaria. Les résultats obtenus furent toujours semblables à ceux observés dans le fait précédemment relaté.

L'auteur compare l'action de l'éponge préparée à celle des suites de couches ; il pense que la méthode de Krone provoque une sécrétion utérine analogue, mais à un degré moindre, à la sécrétion lochiale, et que grâce à elle on obtient l'involution de l'organe. Comme la plupart de ces affections utérines sont produites par des perturbations des suites de couches, reconnaissent pour cause une involution incomplète, la méthode en question ne fait que prolonger et compléter, artificiellement le processus normal d'involution. (*Schmitt's Jahrbücher.*—*Lyon Medical.*)

BONS EFFETS DE L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER DANS L'HÉMORRHAGIE "POST PARTUM."—Une des questions actuellement à l'étude à l'étranger, celle du traitement des hémorrhagies *post partum* par l'injection intra-utérine de perchlorure de fer, donne lieu à d'intéressantes observations, dont nous citerons la suivante :

En novembre 1873, le docteur Macleod Hamilton fut appelé auprès d'une malade de Parish Infirmary à Liverpool, laquelle venait de mettre au monde son premier enfant, et qui était atteinte d'hémorrhagie. La patiente était très-pâle, mais calme ; l'utérus mou et flasque, dépassait l'ombilic. La compression avec la main et l'application du froid sur l'abdomen firent contracter la matrice, qui rejeta une grande quantité de sang et de caillots ; mais au bout de cinq minutes l'inertie utérine reparut. Les mêmes moyens amenèrent encore la contraction de l'organe, qui fut de plus courte durée que la première fois. La position était critique ; le pouls était rapide, faible, intermittent ; respiration suspicieuse, agitation, etc. On se décida alors à pratiquer l'injection de perchlorure de fer à la dose de 60 grammes d'une solution concentrée dans une demi-pinte d'eau glacée. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement ; la face interne de l'utérus se plissa, mais sans contraction de l'organe. On administra ensuite des stimulants et un calmant. Depuis lors l'état de la malade s'améliora progressivement jusqu'à la guérison, survenue à l'époque habituelle. (*The British Medical Journal.*)—*Bull. Gén. de Thé-*

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA LIQUEUR DE GOUDRON, par M. W. HENROTTE, pharmacien, membre de la Société médico-chirurgicale de Liège.

La liqueur de Guyot, dont la vogue et la consommation ont atteint des proportions incroyables, n'a pas tardé à subir la contrefaçon sur une vaste échelle. Aujourd'hui, en effet, chaque pharmacien prépare de la liqueur de goudron.

Malheureusement, comme il n'y a pas de formule adoptée, il s'ensuit que, dans chaque officine, le produit varie dans sa composition, à cause des proportions et des modes opératoires variables. Dans ces conditions, il est évident qu'on ne peut trouver une méthode rationnelle et donnant toujours un produit d'une bonne qualité.

Je viens aujourd'hui vous communiquer celle à laquelle je me suis arrêté pour préparer la liqueur de goudron.

Goudron de Norwége.....	300
Bicarbonate sodique.....	250
Eau de pluie.....	500

Laissez réagir à froid pendant deux heures, faites cuire modérément pendant un quart d'heure en agitant continuellement. Enlevez du feu et ajoutez : eau de pluie bouillante, 9,500 grammes.

Agitez très-fortement pendant quelques minutes, puis laissez refroidir. Après refroidissement, renouvelez l'agitation à plusieurs reprises. Laissez enfin clarifier par dépôt dans un endroit frais.

Remarques.—Dans cette préparation, j'obtiens en faisant bouillir pendant un quart d'heure, un savon de goudron qui se présente sous forme d'une masse molle, jaune clair, très-homogène. Ce savon, par l'agitation avec l'eau bouillante, s'y mêle assez intimement, puis se dépose en partie par refroidissement ; c'est ce qui nécessite de nouvelles agitations de la masse refroidie, jusqu'à ce que le liquide ait acquis une coloration brune assez foncée.

La clarification est parfaite au bout de trois à quatre jours, mais il est préférable de la prolonger, car la liqueur acquiert des propriétés plus aromatiques. (*Répertoire de pharmacie.*)

DE L'APOMORPHINE.—Ce médicament, d'introduction toute récente, est fort bien étudié par M. le docteur Bourgeois, et les recherches cliniques de ce nouvel émétique sont fort bien traitées dans son travail.

Dans la première partie, il étudie d'abord la composition et la préparation de l'apomorphine ; ce corps a pour formule $C^{17} H^{17} AzO^2$; la substance dont on se sert en thérapeutique est le chlorhydrate d'apomorphine, dont on use surtout en injections sous-cutanées et aux doses suivantes : 10 milligrammes pour l'homme, 8 pour la femme, 4 pour les enfants.

Si le médicament est introduit par la bouche, il faut élever la dose à 3 centigrammes ; à ces doses le vomissement se produit au bout de cinq à six minutes. Quand à l'action locale, elle est presque nulle, et les phénomènes sont aussi peu sensibles que quand on injecte de la morphine. D'ailleurs, le chlorhydrate d'apomorphine est un vomitif très-innocent, car il ne paraît pas posséder des propriétés toxiques dangereuses ; si l'on joint à cela qu'il a une action rapide, on voit que ce médicament est indiqué dans certaines conditions spéciales, et en particulier dans la médecine des enfants et des aliénés. (*Thèse de Paris.*)—*Bull. Gén. de Thér.*

EMPOISONNEMENT PAR LE CHLORAL.—Il est temps d'appeler l'attention du public sur une coutume dangereuse qui tend à se généraliser : je veux parler de la vente sans contrôle de sirop de chloral dont l'emploi, comme remède domestique, devient considérable.

J'ai été récemment appelé auprès d'une jeune fille qui a failli être victime de l'emploi de ce sirop. Je la trouvai plongée dans un coma profond dont les personnes qui l'entouraient avaient essayé en vain de la réveiller. Après lui avoir aspergé la figure avec de l'eau froide et lui avoir ainsi fait reprendre suffisamment connaissance pour pouvoir avaler, je lui administraï de l'eau et de la moutarde qui la firent vomir. Elle revint peu à peu à elle ; mais elle demeura assez longtemps avant de reprendre complètement connaissance. Je m'assurai qu'elle avait l'habitude de prendre quelquefois une petite cuillerée de sirop de chloral, avant de se coucher ; mais que, le soir où je la vis, elle en avait absorbé une quantité beaucoup plus considérable, pour calmer, disait-elle, un mal de dents. Je pus apprécier, par ce qu'il manquait dans la fiole, qu'elle avait dû prendre sept petites cuillerées de sirop, représentant environ 70 grains de chloral (4 grammes $\frac{1}{2}$).

Pourquoi les pharmaciens ne seraient-ils pas obligés de se conformer, pour le sirop de chloral, aux prescriptions imposées pour la vente des poisons ? Et pourquoi les fioles contenant ce sirop ne porteraient-elles pas l'étiquette : « poison » ?

J. M. WINN.—*Lancet.* (*Bordeaux Médical.*)

HYGIENE.

MORTALITÉ DES ENFANTS DU PREMIER AGE.—En rendant compte du Congrès des sociétés protectrices de l'enfance tenu récemment à Marseille, où il représentait l'Académie de médecine, M. Devilliers a rappelé un fait, déjà observé par M. Depaul et sans doute par bien des praticiens, c'est que le lait de femme est impropre à nourrir les petits chiens. Un jeune animal de cette espèce, soumis

exclusivement à ce mode d'alimentation, perd son appétit, prend la diarrhée, dépérit et ne tarde pas à succomber.

De son côté, M. de Sinéty, dans des expériences qu'il a communiquées à l'Académie des sciences, a observé que tous les petits cobayes privés de l'allaitement maternel succombent, quelle que soit la nourriture par laquelle on cherche à suppléer au lait de la mère.

Sans doute on ne saurait conclure du chien et du cobaye à l'homme, mais ces faits ont leur valeur et doivent nous faire profondément réfléchir, nous, médecins, quand nous avons à donner notre avis sur le régime alimentaire d'un nouveau-né. Trop souvent nous sommes disposés à l'indulgence pour la mère désireuse de se soustraire aux exigences de la lactation, et, qu'il soit livré à une mercenaire ou nourri au biberon, l'enfant peut être la victime de notre complaisance, on pourrait dire parfois de notre complicité.

Cette complaisance, nous la montrons ailleurs, dans les hôpitaux ou les asiles publics, à l'égard de l'administration, et l'on y est si bien habitué que le jour où, touchés des souffrances des jeunes enfants, nous accomplissons un acte de conscience en signalant des oublis, des erreurs ou des abus, nous soulevons de véritables orages.

La Société protectrice de l'enfance à Marseille a pu obtenir de la municipalité de cette ville une réglementation pour les bureaux de nourrices ; elle espère faire diminuer, par une surveillance médicale très attentive la mortalité considérable des nouveau-nés et le nombre des infanticides, nombre très-élevé, à en juger par le chiffre des enfants déclarés mort-nés (1 sur 8 enfants illégitimes).

M. le rapporteur passant à l'examen des ouvrages et mémoires adressés à l'Académie sur la question palpitante dont il s'agit, cite entre autres les travaux de M. de Mouchut, Monot, Gibert et Brochard.

Dans son dernier ouvrage intitulé : *les Enfants trouvés à Lyon et à Moscou*, M. Brochard expose les précautions qui sont prises dans la ville russe pour conserver à la vie et élever avec soin les enfants trouvés.

La surveillance y est des plus actives. Elle est exercée par de nombreux inspecteurs qui sont presque tous médecins, puis par des curateurs ou curatrices choisis parmi les notables de la ville ou des campagnes.

Lorsqu'une nourrice est convaincue d'avoir artificiellement nourri prématurément un enfant trouvé, elle est condamnée à la prison et à l'amende. Les enfants des filles-mères qui ne sont pas recueillis à la maison impériale, sont envoyés à la campagne chez des nourrices soumises à la surveillance. La plupart des familles qui consentent à recevoir et à élever ces enfants sont aisées et d'ailleurs bien rémunérées. De cet état de choses il résulte qu'à Moscou et dans la province, 80 pour 100 des enfants trouvés sont conservés à la vie, et

que les infanticides sont d'autant plus rares, que toute facilité est donnée pour admettre les enfants trouvés, les illégitimes, dans la maison impériale dont les statuts ont été faits avec une haute intelligence par l'impératrice Catherine. Il faut ajouter enfin que la plupart de ces enfants deviennent robustes, et que l'instruction qui leur est donnée est très-soignée, tous les efforts tendant à ce qu'ils puissent se créer dans l'avenir une position indépendante, ce qui arrive en effet pour beaucoup d'entre eux.

A Lyon, au contraire, où il n'y a qu'un seul inspecteur, où les nourrices sont en nombre insuffisant et peu payées, les enfants sont mal nourris, faibles, chétifs ; on en perd les trois quarts, et bon nombre de ceux qui survivent vont finir sur les bancs de la cour d'assises.

La commission est d'accord avec tous les médecins pour appeler l'adoption et la promulgation d'une loi qui protège les jeunes enfants et permette de surveiller leur élevage sur tout le territoire de la République.

Sur la proposition de MM. Marjolin et Devilliers, les vœux suivants ont été votés pour être transmis à la commission de l'Assemblée nationale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la première enfance, présenté par M. le docteur Théophile Roussel :

1o Que, dans le projet de loi, il soit insisté sur les moyens de surveillance efficace à exercer, surtout par des médecins, sur les enfants, aussitôt après leur déclaration à l'état civil, et sur les nourrices ;

2o Qu'une instruction simple et mise à la portée de toutes les classes de la société soit répandue par tous les moyens administratifs pour éclairer les familles sur l'élevage des jeunes enfants et tâcher de diminuer le nombre des préjugés nuisibles à leur santé ;

3o Que toutes les mesures soient prises pour obtenir l'application réelle et efficace de la loi sur la constatation des décès ;

4o Que la Société protectrice de l'enfance et autres associations charitables qui s'occupent de la protection et des secours aux mères pauvres et aux enfants, soit représentée dans les comités, soit départementaux, soit communaux, qui peuvent être créés à cet effet ;

5o Qu'il soit créé au ministère de l'intérieur un bureau spécial, qui centralisera tout ce qui concernera l'élevage et la protection des enfants ;

6o Que chaque année le ministre fasse publier un compte rendu statistique de l'état de l'industrie des nourrices et de celui des Sociétés qui s'occupent de l'hygiène des enfants ;

7o Que tous les ans un Congrès relatif aux intérêts de l'enfance soit réuni tour à tour dans chacune des régions principales de la France.—*Gazette médicale de Paris et Journ. de M. et de C. P.*

VARIETES.

RELATIONS DU MÉDECIN AVEC LES MALADES.—Les relations des confrères avec les malades provoquent la solution de plusieurs questions ; examinons d'abord celle qui se rapporte aux consultations.

“ Généralement parlant, l'utilité des consultations, surtout quand elles sont nombreuses, est très problématique. Si les opinions sont unanimes, la réunion de plusieurs ne procure aucun avantage : si elles diffèrent, il ne peut résulter de là que désordre et confusion dans le traitement. Ce fait-là, vrai jusqu'à un certain point, ne saurait être exclusivement adopté.

En effet, il est de ces cas épineux, de ces cas rares et nouveaux qui déconcertent l'expérience, toute l'habileté du praticien, même le plus consommé, et qui réclament les lumières de plusieurs médecins recommandables. Ceci n'avait pas échappé à l'esprit si judicieux du père de la médecine, lorsqu'il nous dit : “ Un médecin embarrassé sur l'état d'un malade, et troublé par la nouveauté d'un cas qu'il n'a point vu, ne doit pas avoir honte d'appeler d'autres médecins pour examiner ensemble le malade et travailler de concert à le secourir. Il arrive souvent, dans une maladie rebelle dont le mal ne s'apaise point que le trouble fait échapper bien des choses qui demandent la présence d'esprit ; il faut de la fermeté dans ce cas et ne point s'effrayer. ”

Une consultation devient encore indispensable, lorsque le malade n'a plus une entière confiance en son médecin, lorsque le mode de traitement à employer entraîne une grande responsabilité, lorsque, enfin, le malade inspire un si vif intérêt, qu'on redoute de s'en fier à ses propres lumières.

Mais quelles sont les conditions que doit réunir une consultation pour être réellement utile ?

Il faut d'abord qu'elle ne soit composée que d'un petit nombre de médecins, deux ou trois suffisent ordinairement, que les consultants ne soient point ennemis déclarés, point partisans d'une secte à priori. L'on regarde comme une chose essentielle, dans l'art, de rester victorieux dans une consultation, ou d'autoriser son avis en blâmant celui des autres. Je suis intimement persuadé que jamais un médecin ne portera envie à un autre sans se rendre méprisable : ceci est la pratique ordinaire des charlatans de place ; mais il est vrai que ceux-là y sont fort portés.

Les consultations n'ont pas été imaginées d'après des idées aussi fausses, puisqu'il est reconnu en médecine qu'avec la plus grande abondance de lumières, il y a toujours encore quelque chose à désirer. Que tout médecin consultant n'oublie jamais qu'il ne doit avoir en vue que le bien du malade et, par suite, il doit renoncer en-

tièrement à son individualité pour ne s'occuper que du but commun : jamais, de ces sottises altercations, de ces scènes scandaleuses, toujours pénibles à quelque point de vue qu'on les envisage.

Que, pendant la réunion, chacun expose modestement son opinion, en développant les motifs sur lesquels il se fonde, et si les avis sont partagés, qu'on cherche à s'entendre, à se rendre plus intelligible sans faire preuve d'entêtement ni d'esprit de chicane, et qu'on essaye d'entrer dans la série d'idées de ses confrères, ou pour s'y ranger soi-même, ou si l'on ne peut l'adopter, pour les convaincre d'autant plus sûrement par leur propre manière d'envisager les choses.

Le problème médical à résoudre dans une consultation est le plan du traitement qu'il convient de suivre. Or, on ne parviendra à saisir les véritables indications qu'en posant les bases d'un bon diagnostic ; voilà pourquoi il est essentiel de s'exposer avec soin toutes les circonstances qui se rapportent à la maladie, causes, symptômes, marche, etc... afin de déterminer la forme, le caractère réel, la nature du mal qu'il s'agit de combattre.

Si le plan thérapeutique adopté diffère essentiellement du mode de traitement qui a été suivi, il convient d'assurer le malade et ceux qui l'entourent que tout ce qui a été fait jusque-là a été pour le mieux, et qu'on ne recourt à d'autres moyens que parce que le mal s'est transformé. Une conduite différente serait nuisible au malade et au médecin ; le premier pourrait en éprouver une émotion vive, qui réagirait en lui d'une manière fâcheuse ; l'avenir du second serait compromis, s'il n'était tout à fait détruit ; enfin, l'exécution thérapeutique sera livrée à un seul, le médecin ordinaire.

Il n'est que trop fréquent de voir des personnes changer de médecin à chaque maladie, ou mieux encore, dans les affections morbides un peu longues consulter des médecins autres que ceux qui les traitent. Dans le premier cas, ne devrait-on pas s'informer du motif d'exclusion jeté sur un confrère, et surtout se garder de toute critique à son égard, et si on ne peut le louer tenir au moins un silence prudent.

Dans le second cas, un sujet frappé d'une maladie chronique en passant d'un médecin à un autre, cherche à justifier sa démarche en disant beaucoup de mal de celui qui l'a précédé auprès de lui. A l'entendre, c'est au mode de traitement suivi d'abord que sont dus les maux qu'il éprouve, les remèdes qui lui ont été administrés ont détruit son système. Malheureusement, trop de praticiens vulgaires abondent en ce sens en déversant le blâme sur les méthodes de thérapeutique suivies avant eux. Les insensés, ils devraient au moins, s'ils se font un jeu de leur art, ou s'ils en ignorent l'importance, penser à leur réputation, car qui leur répond que le malade, bientôt dégoûté d'eux-mêmes, n'aura pas recours à d'autres qui se montreront impitoyables à son égard ?

Rien n'est plus blâmable surtout que la conduite de ces praticiens qui, consultés d'une manière clandestine, en profitent pour inspirer de la défiance contre le médecin ordinaire et chercher à l'évincer. Un homme d'honneur et qui sait faire respecter son art et ceux qui en sont les maîtres, repousse dans ce cas les questions qui lui sont adressées, en fait sentir l'indiscrétion au malade, et lui démontre l'impossibilité d'établir un jugement et de donner aucun conseil sans s'entendre avec le médecin ordinaire, sans connaître le plan qu'il a adopté.

Enfin l'on doit toujours concilier ses devoirs envers les malades avec ceux envers ses confrères et se rendre utile aux uns sans nuire aux autres.—*Evénement Médical.*

CH. MENESSIER.

MEMORIAL THERAPEUTIQUE.

PILULES ANTISPASMODIQUES. M. Danet.

R Valérianate de Zinc grj
Extrait de Belladone gr ½
Extrait de Quinquina Q S.

Pour une pilule.

Usage.—Hoquet grave, asthme, hystérie, etc.

LOTION CONTRE LES SUEURS FÉTIDES.

Permanganate de potasse..... 15 grammes (ʒss)
Eau distillée..... 1000 — (libj ʒviii)

Faites dissoudre.

On lavera les pieds deux fois par jour avec cette solution, pour combattre la fétidité de la transpiration. Les pieds seront ensuite essuyés et saupoudrés avec de la fécule de pomme de terre, ou de la poudre de lycopode. (*Union médicale*)

MALADIE DE BRIGHT.—Chez les albuminuriques, il peut être utile dans la forme chronique de cette maladie de joindre les préparations de fer aux agents d'urétiques. A cet effet, Rosenstein recommande la formule suivante d'après Beale, qui lui-même en avait constaté les bons effets :

Teinture de perchlorure de fer..... 20 gouttes.
Acide chlorhydrique dilué..... 10 gouttes.
Teinture de jusquiame..... 10 gouttes.
Esprit de chloroforme..... 2 grammes.
Infusion de quassia..... 120 grammes.

A prendre deux fois par jour en commençant, puis de manière à porter successivement la dose de perchlorure de fer à 2 grammes par jour.—*Journal de médecine et de C. P.*

COMBINAISON DU CARBONATE D'AMMONIAQUE ET DE L'IODURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.—M. J. McSweeny, après Paget, conseille d'ajouter à l'iodure de potassium le carbonate d'ammoniaque qui aurait la propriété d'augmenter l'action thérapeutique du premier sel ; 30 centigrammes d'iodure de potassium avec 18 centigrammes de carbonate d'ammoniaque donnent les mêmes effets que 48 centigrammes d'iodure de potassium seul. Il conseille de le prendre dans la syphilis, et cite à l'appui l'observation d'un homme porteur d'un ulcère syphilitique rebelle à tout traitement, qui céda à l'administration de ces sels à la dose que nous venons d'indiquer. (*British medical journal.*) Ce mode de prescription est applicable dans les maladies diverses où l'iodure de potassium est indiqué.—*Id.*

TRAITEMENT DU ZONA PAR LES BADIGEONNAGES DE COLLODION MORPHINÉ Par M. Bourdon.—Après avoir employé toutes les méthodes de traitement conseillées par les auteurs contre le zona et surtout contre les douleurs atroces qui l'accompagnent, M. Bourdon a adopté définitivement la méthode suivante :

Il fait sur toute la partie malade, sans ouvrir les vésicules, un badigeonnage de collodion morphiné ainsi préparé :

Collodion.....	30 gr.	(5i)
Hydrochlorate de morphine.....	0 50 c.	(grviii)

Il a soin de donner à la couche une épaisseur suffisante.

Au bout de huit jours, les vésicules ont complètement disparu, et on ne constate qu'une simple rougeur de la peau.—*Revue de T. M. C.*

PRURIT ET AFFECTIONS PRURIGINEUSES.—Contre les démangeaisons insupportables du lichen et contre toutes les affections prurigineuses M. Vidal prescrit l'hydrate de chloral en lotions :

Hydrate de chloral	5 à 10 grammes.	(5i à 3iiss)
Eau	250 grammes.	(3viii)

(*Société médicale des hôpitaux.*)—*Id.*

PURGATIF.—Nous attirerons l'attention de nos lecteurs sur la formule suivante, qui constitue une purgation d'un aspect et d'un goût très-agréables :

Eau ordinaire.....	120	(3iv)
Magnésie calcinée	10	(3iiss)
Sirup d'orgeat.....	30	(3i)

—(*Lyon médical.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

MONTREAL, MAI 1874.

Hopital des Varioleux.

Depuis bientôt quatre ans, une épidémie de variole exerce ses ravages au milieu de nous. Après de longues et ardentes disputes sur l'utilité de la vaccination, les combattants en sont venus à une trêve et tous se sont accordés sur un point, c'est que pour contrôler le fléau, l'isolement est indispensable. De là la nécessité reconnue par tous de créer un hôpital spécial pour les varioleux. Mais la difficulté a consisté jusqu'à présent à s'entendre sur les moyens de mettre ce projet à exécution. Les uns veulent un établissement public sous le contrôle absolu de la Corporation et la direction du Bureau de Santé; d'autres préfèrent voter à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital-Général une somme qui permette à ces deux institutions d'ériger chacune un édifice dont elles garderaient l'administration et le contrôle.

Le maire de Montréal, dans le cours du mois dernier a convoqué, pour considérer cette question, une assemblée du Bureau de Santé à laquelle les délégués des facultés de Médecine avaient été invités à donner l'opinion des différents corps qu'ils représentaient. Le Dr. Campbell, parlant au nom de la Faculté de Médecine de l'Université McGill, dit que le nouvel hôpital devait être isolé et sous le contrôle absolu de la Corporation.

Le Dr. Peltier, représentant la Faculté de l'Université Victoria, soutint que le site offert par les dames de l'Hôtel-Dieu remplissait toutes les conditions nécessaires pour un établissement de ce genre et qu'aucune institution ne saurait offrir de meilleurs titres de confiance au public que l'Hôtel-Dieu.

Le Dr. David, doyen de la Faculté du Bishop's College dit que l'établissement projeté devait être isolé, sous le contrôle des autorités de la Cité et que la bâtisse devait être temporaire et peu dispendieuse de manière à pouvoir être détruite tous les cinq ou six ans, s'il était nécessaire d'adopter cette mesure pour détruire les germes de la maladie qui pourraient s'y accumuler.

A une assemblée subséquente du Comité de santé, l'échevin Alexander a proposé la motion suivante :

Que la somme ou aucune partie d'icelle nécessaire et déjà votée par le Conseil pour l'érection d'un hôpital pour la variole ou autres maladies contagieuses soit appropriée aussitôt que possible pour cet

objet ; et qu'un rapport soit présenté au conseil recommandant l'érection d'un tel établissement *sous son contrôle.*"

Si ce rapport est présenté devant le Conseil, nous espérons que les membres en feront bonne justice. Nous voyons d'abord de grandes objections dans l'intérêt du public et surtout des contribuables à donner à la corporation le contrôle d'un établissement de ce genre. Si l'on décide en principe d'adopter ce moyen, on sait avec quelle somme les travaux commenceront, mais Dieu sait celle qui sera requise pour les mener à bonne fin. Les contracteurs seuls pourraient peut être nous en donner une idée. Ensuite on sait que, pour un corps public comme la Corporation, l'administration d'un tel établissement coûterait chaque année des sommes considérables. Si encore ces dépenses devaient augmenter le bien-être des malades, on pourrait faire ce sacrifice sans murmurer, mais loin de là des administrations de ce genre sont les dernières à donner sous ce rapport les garanties désirables.

Les soins que requièrent les varioleux ne peuvent se payer à prix d'or, seule la charité chrétienne peut se montrer à la hauteur du traitement de ces misères. C'est pourquoi nous verrions d'un œil favorable l'établissement sous le contrôle des Religieuses de l'Hôtel-Dieu ou des Sœurs de Charité si les conditions dans lesquelles il sera établi empêche les premières d'accepter ce fardeau.

Car pour nous, il ne doit pas s'agir de la construction d'un vaste édifice réunissant sous son toit, comme semble l'impliquer la proposition ci-dessus transcrite, non-seulement les malades atteints de petite vérole mais aussi ceux qui pourraient être affectés d'autres maladies contagieuses. C'est là un projet auquel devront s'opposer énergiquement tous ceux qui ont quelques notions sur la contagion des maladies. Quoi ! on veut éloigner les varioleux des hôpitaux actuels parce qu'ils mettent en danger la vie des autres malades, et l'on irait en établir un autre dans les mêmes conditions ! Peut-on, en effet, démontrer une différence dans la susceptibilité à prendre la petite vérole chez le malade affecté d'une maladie sporadique ordinaire et chez celui atteint d'une affection contagieuse quelconque, la fièvre typhoïde, par exemple ? S'il existe une différence, elle est en faveur des premières parce qu'en général ces maladies débilitent moins que les affections contagieuses.

Les convalescents sont ordinairement dans les conditions les plus propres à favoriser la contagion, en sorte que les inconvénients actuels se renouvelleront, seulement avec beaucoup plus d'intensité, si l'on admet dans l'établissement des varioleux des malades affectés d'autres maladies, contagieuses ou non.

Le moyen le plus rationnel d'en venir à une conclusion dans cette affaire, c'est d'adopter le plan que nous avons suggéré dans ce journal au mois de Décembre dernier, et que nous avons vu, avec plaisir,

recommandé au Conseil par le Dr. David à l'assemblée ci-haut mentionnée. De petits hôpitaux-baraques peuvent satisfaire toutes les conditions nécessaires à l'installation des varioleux

Nous ne répèterons pas ici tous les arguments que nous avons déjà fait valoir en faveur de ce mode d'installation, qu'il nous suffise de rappeler les avantages qu'il présente au point de vue de la facilité de la ventilation et de l'adoption du traitement réfrigérant, aujourd'hui très recommandé dans cette maladie. De plus, des asiles de ce genre ne pourront jamais ralentir la prospérité d'un quartier, car il serait facile d'en changer la situation au gré des mouvements d'extension de la population environnante de manière à répondre à cette condition sur laquelle les représentants des Facultés ont si fort insisté, l'isolement.

Enfin nous ne devons pas espérer que cette hideuse maladie existera constamment au milieu de nous. Il y a deux ans, la variole faisait des centaines de victimes à Paris toutes les semaines, et nous voyons par le rapport sanitaire de cette ville qui contient 1,851,792 habitants d'après le recensement de 1872, que pendant la semaine finissant le 27 mars 1874 on a constaté 883 décès sur lesquels pas un n'a été causé par la variole. Si nous avons un jour le bonheur de pouvoir constater la même chose à Montréal, que deviendra le vaste établissement que l'on veut construire sous le contrôle de la Corporation? Les citoyens seront obligés de contribuer à des dépenses inutiles d'entretien. Au contraire, avec le système des petits asiles que nous préconisons, on peut les détruire ou les fermer si l'épidémie disparaît et en élever d'autres rapidement si elle fait de nouveau son apparition.

Quoiqu'il en soit, il est temps de prendre une décision et d'adopter des mesures efficaces pour mettre fin au fléau qui déjà depuis trop longtemps exerce ses ravages au milieu de nous.

—:0:—

L'acte médical de la Province d'Ontario.

Nos confrères de la Province d'Ontario viennent de remporter une victoire dont ils ont droit d'être fiers. On sait que l'acte médical sanctionné au commencement de l'année 1869 enlevait aux Universités et à d'autres corps incorporés, par exemple, aux Bureaux des homœopathes et des éclectiques le droit d'admettre les élèves à l'étude et à la pratique de la médecine.

Pour arriver à constituer ainsi un seul bureau central d'examen, il fallut admettre dans le Conseil quelques représentants homœopathes et éclectiques. Cela souleva bien quelques objections, mais on répondit qu'il n'y avait pas d'autre moyen de forcer tous les élèves à acquérir des connaissances uniformes et que, d'ailleurs, c'était le

meilleur moyen d'étouffer l'homœopathie. L'expérience a prouvé la justesse de ce raisonnement, car, durant les cinq dernières années, pas un seul élève ne s'est présenté comme homœopathe, tous ont passé l'examen général.

A la dernière élection des officiers du Conseil, le Dr. Campbell, représentant des homœopathes, froissé de ne pas avoir été élu président, envoya sa démission et ses collègues homœopathes en firent autant. A la dernière session il fit présenter un *bill* établissant pour les homœopathes un bureau distinct. De leur côté, les représentants de la profession présentèrent, par l'entremise de M. Baxter, l'ancien *bill* refondu et considérablement amélioré sur plusieurs points.

La lutte en parlement fut vive et ardente. Les homœopathes comptent parmi les membres de la Chambre d'Assemblée un grand nombre de partisans et le *Globe* et autres journaux influents favorisaient leur cause; mais, de leur côté, les membres de la profession étaient tous unis et décidés à réussir. On convoqua des assemblées dans presque tous les comtés de la province et on signifia au représentant *grit* ou *tory* que les médecins mettaient les considérations de parti au-dessous des intérêts généraux de leur profession et que s'il opposait l'acte médical projeté, il pourrait s'attendre aux prochaines élections à recevoir l'opposition unanime des membres de la profession. Le résultat fut étonnant. On n'osa pas même provoquer de division sur le projet de loi et on enterra tranquillement celui des homœopathes en comité, quoiqu'il eut été présenté par un membre du gouvernement, M. Crooks. Le principal rédacteur du *Globe*, M. Gordon Brown qui avait travaillé avec ardeur dans son journal et dans les couloirs de la Chambre contre le *bill* est tout ébahi que le parlement ait pu adopter une telle loi. Mais il avoue que " les *médicasters* ne sont pas un corps sans importance dans la Chambre elle-même et que leurs confrères dans la province, exercèrent sur les autres membres une pression qui, pour le moment, fut irrésistible." Cet aveu des vaincus est précieux à recueillir. Il nous indique la voie à suivre dans notre province si nous voulons obtenir les mêmes résultats.

Autrefois, il existait dans la province d'Ontario huit à neuf corps ou universités ayant le droit d'accorder des licences pour pratiquer la médecine et le chiffre des gradués se montait en moyenne à 180 par année; aujourd'hui il n'existe qu'un seul bureau et le chiffre des licenciés est tombé entre 40 et 50. Autrefois la profession n'était nullement protégée contre les charlatans, aujourd'hui un système complet d'enregistrement a été établi, les clauses de pénalité sont très sévères, une personne quelconque a le droit de poursuivre les infractions et les facilités pour ce faire sont très grandes. Suivons l'exemple de nos confrères d'Ontario, déployons ici la même persévérance et la même énergie et nous obtiendrons les mêmes résultats.

UNIVERSITÉ MCGILL

La convocation annuelle de l'Université McGill pour conférer les diplômes dans la Faculté de Médecine a eu lieu lundi, 30 mars 1874. Après les prières d'usage, le Dr. G. W. Campbell, doyen, présenta le rapport de la Faculté Médicale. Le nombre des étudiants inscrits durant la dernière session s'est élevé à 130, dont 71 étaient de la province d'Ontario, 50 de Québec, 3 de la Nouvelle Ecosse, 2 des Etats-Unis, 1 de Terre-Neuve, 2 du Nouveau-Brunswick et 1 des Indes Occidentales. 33 élèves ont subi avec succès leur examen primaire et 31 leur examen final.

Voici la liste des nouveaux gradués : J. C. Cameron ; John D. Cline ; W. A. Harvey ; Ed. G. Henderson ; S. A. Hickoy ; T. G. Hockridge ; C. R. Jones ; G. N. Jones ; R. A. Macdonald ; John McBain ; A. G. McCormick ; A. R. McDonell ; O. J. McMillan ; James McQuillan ; W. Mines ; W. A. Molson ; C. S. Moore ; J. T. Moore ; T. Norton ; P. R. Pattee ; J. Phelan ; W. O. Prosser ; J. C. Rattray ; Robert Reddick ; J. L. Ritchie ; A. Rogers ; C. Sinclair ; A. M. Speer ; W. Sutherland ; B. N. Wales ; J. W. Wallace

Après la proclamation des prix décernés en 1873-74, le serment d'usage fut administré aux gradués par le Prof. Craik. Le Dr. Mines fit le discours d'adieu de la part des élèves, et le Prof. Ross répondit au nom de la Faculté Médicale.

Il commença par féliciter les nouveaux gradués d'avoir obtenu le prix de leurs travaux et leur rappela que l'honneur et la réputation de leur Alma Mater dépendaient, jusqu'à un certain point, de leurs efforts pour atteindre une position recommandable dans la société. Cette noble ambition, fondée sur l'amour de l'étude et le désir d'obtenir du succès dans le monde, mérite des éloges, car on ne peut la satisfaire sans déployer certaines qualités utiles à l'humanité. Il faut d'abord des connaissances scientifiques et le tact nécessaire pour les appliquer dans la pratique. A une conduite conforme aux enseignements de la morale, et à la confiance en lui-même, le médecin doit joindre les manières et les sentiments d'un homme bien né. Sous l'apparence calme et grave de son maintien, on doit voir l'intérêt profond que lui inspire son malade. Après quelques considérations sur la conduite que tout médecin doit tenir envers ses confrères, et sur l'importance de répandre parmi la population les connaissances hygiéniques propres à prévenir les maladies, le Professeur termina son allocution en souhaitant aux nouveaux gradués succès dans leur carrière. Le Principal Dawson adressa ensuite quelques mots à l'auditoire et l'assemblée s'ajourna.

BISHOP'S COLLEGE.

FACULTÉ DE MÉDECINE.—La convocation annuelle pour conférer les diplômes de C. M., M. D., aux élèves en médecine de cette Faculté, a eu lieu, à Lennoxville, P. Q., le neuf Avril. A 2 hs. p. m. l'honorable chancelier E. Hale, D. C. L., prit place au fauteuil d'honneur ayant à son côté l'Evêque Anglican de Québec, et les membres de la Faculté de médecine et autres professeurs de l'Université.

En ouvrant le séance, l'honorable chancelier exprima le plaisir qu'il ressentait en se trouvant au milieu d'un auditoire aussi nombreux et sympathique, et félicita les membres de la Faculté sur le succès qui avait couronné leur entreprise.

Le Dr. David, doyen, présenta ensuite le rapport de la Faculté constatant que 30 élèves s'étaient fait inscrire, dont 26 étaient de la Province de Québec, 3 d'Ontario et 1 de la Barbade.

Les MM. ci-dessous dont les noms se succèdent suivant l'ordre de mérite ont subi leur examen final : MM. R. Costigan, V. Vennor, W. Hunter, D. Hart, J. Lemieux, P. Shee, E. Rose, Chs. Lafontaine, J. Eneas, E. Duclos, MacKay et V. St. Germain

Le chancelier ayant fait prêter le serment d'usage aux nouveaux docteurs en médecine et leur ayant présenté leurs diplômes, les félicita, particulièrement M. Costigan, qui remporta le prix d'examen.

M. D. A. Hart, au nom des élèves, fit ensuite le discours d'adieu, après lequel le Dr. J. L. Leprohon adressa la parole aux gradués, au nom des professeurs.

Après leur avoir démontré par diverses considérations l'utilité et l'honorabilité de la profession dans laquelle ils venaient d'entrer, il fit voir la responsabilité sérieuse que son exercice entraînait devant Dieu et devant les hommes.

Examinant ensuite les relations qu'ils auraient avec les malades, il leur conseilla de rendre les mêmes soins aux riches et aux pauvres, aux bons et aux méchants, de profiter de leur influence pour relever le moral de leurs patients et d'être toujours avec eux francs et sincères. Pour gagner l'estime et la confiance, il faut une conduite honorable et loyale, de la persévérance, et un dévouement complet à ses malades. Après avoir mentionné le devoir qu'ils devaient à la société de répandre les connaissances hygiéniques, il insista sur la nécessité d'une étude constante de manière à suivre tous les progrès de la science. Dans un appel chaleureux, il mit les nouveaux gradués en garde contre le vice de l'intempérance. Passant ensuite aux relations avec leurs confrères, il leur démontra que la prudence et la sagesse leur prescrivaient de traiter les autres comme ils voudraient l'être eux-mêmes.

Il termina en leur faisant entrevoir les difficultés qu'ils auraient à rencontrer dans leur carrière professionnelle et les récompenses que

pourraient leur mériter leur persévérance, leurs talents et leur intégrité.

Après ce discours, qui fut souvent applaudi, l'Hon. M. Hale exprima de nouveau le plaisir que lui procurait le succès complet de la convocation, et la déclara terminée

—:O:—

Statistique vitales de la ville de Montréal.

Le rapport annuel des officiers de santé au Conseil de Ville renferme plusieurs informations intéressantes, particulièrement par rapport à la mortalité de la ville. Durant les premiers six mois de l'année 1873, le nombre des enterrements dans les cimetières de la ville a été de 2,481, dont 1,116 d'enfants au-dessous d'un an, 1,101 de personnes résidant en dedans des limites de la ville, 424 en dehors, 14 venant des hôpitaux et 316 des asiles pour les enfants trouvés. Durant l'année il y a eu 4,954 enterrements, dont 1,188 de personnes résidant en dehors des limites, ce qui donne une mortalité de 3,766 pour la ville proprement dite ou 30.86 par mille de la population, en évaluant cette dernière au chiffre de 122,000. La mortalité des enfants est considérable et s'élève à 46 par cent sur tous les décès. Le nombre total des décès par la petite vérole a été de 88, chiffre inférieur en proportion avec celui des premiers trois mois de cette année, tandis qu'en 1872, le nombre de ces décès par la petite vérole s'était élevé à 825.

En 1872 la mortalité a été de 4,512 ou 37.60 par mille, en évaluant la population à cette époque au chiffre de 120,000. A Londres, Angleterre, la mortalité a été cette année-là, 22 par mille habitants; à New-York 31; à la Nouvelle-Orléans 29; à Baltimore 26; à Chicago 26, à Boston 25, et à Philadelphie 23. Le rapport fait allusion à plusieurs réformes importantes dont la nécessité se fait vivement sentir.

—:O:—

Bureau Central de Science sanitaire.

A la séance de la Chambre des Communes du 22 Avril dernier, M. Brouse proposa de nommer un comité pour considérer l'opportunité d'établir un bureau de statistiques sanitaires, en rapport avec l'un des départements publics et que ce comité se composa de MM. Holton, Paquet, Robitaille, Mills, Fergusson, Forbes, Burpee, De Cosmos, Dymond, Cameron, Cunningham, de St. Georges et du moteur. L'objet principal de ce bureau serait de s'intéresser à tout ce qui concerne la santé publique ou la science sanitaire. M. Paquet appuya la motion en faisant voir le bien que l'établissement de ces bureaux avait produit en Angleterre et en France. Il était néces-

saire que la condition sanitaire de la population fût connue. Toronto, Montréal et les autres villes de la Puissance deviendraient des centres pour la collection des statistiques sanitaires qui seraient envoyées à Ottawa.

L'Honorable M. Mackensie répondit que le gouvernement portait une attention spéciale à cette matière, mais qu'il était difficile de régler la question, sans intervenir dans les attributions des chambres locales.

L'hon. Premier a promis une mesure de ce genre pour la prochaine session, et le comité nommé en vertu de la proposition précédente ne peut que hâter et rendre plus facile l'adoption d'une loi si nécessaire.

Mort du Dr Cruveilhier.

M. le Dr. Cruveilhier, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, etc., vient de mourir à Limoges, où il s'était retiré depuis plusieurs années, à l'âge de quatre-vingt-trois ans. M. Cruveilhier a occupé une place considérable dans l'histoire de la médecine moderne. Ses traités d'anatomie et d'anatomie pathologique sont des chefs-d'œuvre dans lesquels plusieurs générations de médecins et d'élèves ont puisé l'amour de la science et des fortes études.

M. Cruveilhier fut médecin de Louis Philippe et celui de la haute société parisienne de cette époque. Au plus fort de sa célébrité, il réservait le dimanche aux consultations gratuites. Il n'avait pas seulement la religion de l'humanité, il était catholique fervent. Tous les matins à 6 heures en été, à 7 heures en hiver, il assistait à la messe à St Roch sa paroisse. De tout temps il avait eu les sentiments les plus religieux. On rapporte que, pendant sa jeunesse, alors qu'il était interne à l'Hôtel-Dieu il se prenait souvent, à la salle de garde, de discussions religieuses avec ses collègues, entre autres, Lallemand, de Montpellier, qui exprimait plus tard tout le respect que lui inspirait des convictions aussi sincères. Regrets au savant distingué et au chrétien courageux.

Le Journalisme Médical en Canada.

Dans une de ses dernières livraisons, le *Canada Medical Record* revient sur la négligence que plusieurs abonnés mettent à remplir leurs obligations. Nous ne pouvons que corroborer les paroles suivantes de notre confrère :

« Nous comptons sur notre liste d'abonnement un bon nombre de médecins qui ont reçu le *Record* depuis l'apparition de son premier numéro sans avoir encore fait aucun paiement. Pour chacun d'eux nous sommes disposé à attribuer cela simplement à la négli-

gence, car nous ne pouvons comprendre qu'une personne ayant reçu l'éducation que suppose le titre de médecin, recevrait volontairement un journal, sans le payer.

“Ceux de nos abonnés qui sont dans cette position recevront leurs comptes écrits en ENCRE ROUGE et nous devons ajouter que si, après avoir attendu un temps raisonnable, nous ne recevons pas le montant qui nous est dû, leurs noms seront rayés de notre liste.”

NOUVELLES MÉDICALES.

VISITE.—Jeudi, le 23 Avril, un certain nombre de médecins de cette ville se sont rendus à l'invitation du Dr. F. X. Perrault, de la Pointe-aux-Trembles, faite aux membres de la Société Médicale, de visiter l'Asile d'Aliénés de la Longue-Pointe où il se trouve en ce moment plusieurs cas intéressants.

Après avoir parcouru les différentes salles et avoir admiré l'ordre et la propreté qui règnent dans cet établissement, malgré l'exiguïté du local, le Dr. Ricard, au nom de ses confrères, félicita les sœurs chargées de la conduite de cette institution sur les soins intelligents qu'elles savent donner à leurs malades et exprima toute la satisfaction que devait faire éprouver la fondation dans le district de Montréal d'un Asile d'Aliénés digne de ce nom. Il ajouta que le Dr. Perrault qui s'est dévoué gratuitement à cette œuvre depuis sa fondation, méritait la reconnaissance du public et des autorités.

Après quelques autres paroles de félicitations et de remerciements, sous firent le chemin de la ville, enchantés de leur visite et de la réception cordiale qu'ils avaient reçue.

NOMINATIONS.—M. le Dr. Chipman a été nommé chirurgien de l'Hôpital-Général, en remplacement de M. le Dr. Roddick qui a résigné ces fonctions pour s'établir en cette ville.

Le Dr. George B. Shaw a été nommé professeur de Chimie au Bishop's College, en remplacement du Dr. J. Baker Edwards qui reste professeur de Chimie Pratique et de Microscopie.

Le Dr. Thomas R. Dupuis a été nommé professeur d'Anatomie au Collège des Médecins et Chirurgiens, de Kingston, Ont.

PETITE VÉROLE.—On dit que la variole exerce de grands ravages à Toronto.

HOTEL DIEU—Le rapport trimestriel de cette institution que nous devons à l'obligeance du M. le Dr. G. O. Beaudry, indique que 458 malades ont été traités du 1er Janvier au premier Avril 1874. Ce chiffre ne comprend point les patients qui étaient encore sous traitement le 1er Avril. Parmi les opérations pratiquées pendant ce laps de temps on remarque les suivantes : Cataracte, 4 ; Résection du coude, 1 ; Staphylorrhaphie, 1 ; Ablation de lipôme, 1 ; Ablation de cancer au sein, 1 ; Amputation de la jambe (sans hémorrhage).

gie par le procédé d'Esmarch) 1 ; Lithotomie, 1 ; outre un grand nombre d'autres opérations de moindre importance. Durant ce trimestre, il est mort à l'Hotel-Dieu 48 patients, dont 24 hommes et 22 femmes. Sur ce nombre huit sont morts de phthisie et quinze de la variole.

ASSOCIATION SANITAIRE.—A une assemblée de cette association tenue dans le cours du mois dernier, il a été constaté que depuis le commencement de la présente année, 166 enterrements de personnes mortes de la petite vérole avaient eu lieu dans le cimetière catholique, et que, durant le même espace de temps, dix seulement avaient eu lieu dans le cimetière protestant.

VACCINATION.—Samedi le 25 Avril, on a inoculé une génisse avec du vaccin animal, sous la direction du Bureau de santé de cette ville. Nous ne savons encore si cet essai a réussi, mais il faut espérer que les officiers de santé parviendront à se procurer enfin de la lympe pure et efficace.

DARWINISME.—Dans son feuilletton qu'il intitule *les Coulis-ses de la science*, le spirituel auteur de la *Gazette de Joulin* se demande, après quelques naturalistes qui se piquent de philosophie, si l'homme, grand ou petit, empereur ou croquant, descend oui ou non du singe. A ne voir l'humanité que par certains côtés, M. Joulin pense que le singe pourrait bien protester contre la doctrine de Darwin ; mais cette doctrine ou plutôt cette hypothèse est dépourvue de bases, et les observations d'anatomie la démentent. "En résumé, dit notre confrère, si beaucoup d'hommes font de puissants efforts pour ressembler à des singes, il n'en est pas moins vrai qu'ils n'en descendent pas."

—:—

NAISSANCES.

—A St Joseph de Lévis, le 7 Avril, la Dame du Dr. Lamontagne, une fille.

—En cette ville, le 5 Avril, la Dame du Dr. Chs. Fafard, un fils.

—:—

MARIAGES.

—En cette ville, le 23 Avril, à l'Eglise Paroissiale, par le Rév. M. Aoupin, Dr. Joseph Octave Coutu, de Biddeford, Maine, à Delle Mathilde Roy, de cette ville.

—En cette ville, le 21 Avril, Joseph Edouard Rose, Ecr., M. D. de Ste. Philomène conduisit à l'autel Mademoiselle Marie Joséphine Emma Perrin, dernière fille de Ferdinand Perrin, Ecr., de cette ville.

—:—

DECES.

—A St Ours, le 11 Avril, de la petite vérole, Joseph Samuel Edmond, enfant de A. Bazin, M. D., à l'âge de 2 ans et 8 mois.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. —Accommodation et réfraction de l'œil, par Ed. Desjardins, M. D. (<i>Suite</i>).....	193
SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL	206
BIBLIOGRAPHIE. —The Student's Guide to Surgical Anatomy, by Edward Bellamy, F. R. C. S.....	58
A Universal Formulary, by K. E. Griffith, M. D.....	209
A Treatise on the Diseases of the Eye, by J. Sulberg Wells, F.R.C.S.....	210
 REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES. —	
Du chloral contre les convulsions.....	211
Administration de l'atropine contre les sueurs.....	213
Emploi de l'hydrate de croton-chloral.....	214
De l'efficacité du sous-nitrate de bismuth dans l'intertrigo.....	215
Emploi de la glace contre la cystite blennorrhagique.....	216
Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.....	218
De l'emploi des bains tièdes dans les maladies de poitrine.....	218
Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave.....	219
 PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES —Ligature de la tibiaie anté- rieure pour un anévrisme faux.....	
220	220
Injection au chloroforme dans l'opération de l'hydrocèle.....	220
 MALADIES VÉNÉRIENNES. —Emploi du bromure de potassium dans la blennorrhagie!.....	
220	220
 GYNÉCOLOGIE. —De l'utilité de l'éponge préparée.....	
221	221
Bons effets de l'injection de perchlorure de fer dans l'hémorrhagie "post partum".....	222
222	222
 CHIMIE ET PHARMACIE. —Note sur la liqueur de goudron.....	
223	223
De l'apomorphine.....	223
223	223
Empoisonnement par le chloral.....	224
224	224
 HYGIÈNE —Mortalité des enfants du premier âge.....	
224	224
 VARIÉTÉ. —Relations du médecin avec les malades.....	
227	227
 MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE —Pilules antispasmodiques.—Lotion contre les sueurs fétides.—Maladie de Bright.—Traitement de la syphilis. —Prurit.—Traitement du Zona.—Purgatif.....	
229	229
 BULLETIN. —Hôpital des varioleux.....	
231	231
L'acte médical de la Province d'Ontario.....	233
233	233
Université McGill.....	235
235	235
Bishop's College.....	236
236	236
Statistiques vitales de la ville de Montréal.....	237
237	237
Bureau Central de Science Sanitaire.....	237
237	237
Mort du Dr. Cruveilhier.....	238
238	238
Le Journalisme Médical en Canada.....	238
238	238
 NOUVELLES MÉDICALES —Visite.—Nominations.—Petite vérole.— Hôtel-Dieu.—Association sanitaire.—Vaccination.—Darwinisme.....	
239	239
Naissances.—Mariages.—Décès.....	240
240	240