

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.

- 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:

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

GAZETTE MEDICALE

Revue - Mensuelle, Médico-Chirurgicale.

Rédacteurs-Propriétaires :

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

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

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

VOL. 1

MONTREAL, AOUT 1865.

No. 1

CONFRÈRES,

En prenant place à côté du journalisme canadien-français, nous n'ignorons pas les sacrifices nombreux qui tout journaliste consciencieux s'impose, ni l'esclavage auquel il se soumet. Nous ne venons pas non plus animés de l'amour du gain ni d'aucune ambition matérielle. Non, loin de là. Nous apercevons au de la de l'horizon du journalisme quelqu'obscurci qu'il soit, une étoile qui pour nous brille bien plus que l'argent, bien plus que l'or. Cette étoile c'est la science le progrès. Eh bien, nous venons avec toute l'ardeur de la jeunesse, du dévouement, et surtout du travail, essayer de combler une lacune qui déjà se fait sentir depuis longtemps. Nous venons donner à la science médicale en Canada, un organe, une voix dont l'écho puisse se repercuter au loin et être à la portée de tous.

Nous disons à chacun que nous ne considérons plus la médecine comme un moyen, mais comme but, et comme le but de tous doit être la perfection, nous voulons y travailler de toute notre âme. L'indifférentisme en matière de progrès, c'est de la décadence, qui dit indifférent, dit rétrograde. De même que celui qui s'attelle à la charrue de la science s'annoblit, de même celui qui s'incruste au char de la routine et du charlatanisme s'avilit, Quoi ! L'agriculture à son organe, la politique à son organe, la médecine anglaise, s'il nous est permis de nous servir de cette expression a aussi son organe ; et nous cadadiens-français qui for-

mons la grande majorité des médecins, nous n'aurions pas notre voix ? La médecine française n'aurait pas son expression ! impossible. Depuis quelques années il s'est fait un pas immense dans l'esprit de la jeunesse, l'initiative s'en est emparée. La tribune, la presse ont retenti tour-à-tour de l'éloquence des uns et des écrits des autres, des institutions d'instruction mutuelle ont surgi de toute part, des discussions se sont élevées, et que ces discussions aient produit d'heureux résultats c'est incontestable. C'est que l'on combat pour faire prévaloir des principes sociaux ou politiques que l'on croit les plus vrais, les plus justes. Eh bien nous, nous ne combattons pas pour des principes, pour des opinions politiques souvent faussés par l'esprit de parti. La mission du médecin n'est pas de faire valoir ses opinions personnelles, comme celle du Politicien, non. Elle a un caractère plus élevée, elle tient de Dieu. Il y a du sacré dans sa mission. De l'abnégation, du sacrifice tels sont les titres du médecin ; c'est que nous combattons pour l'humanité, nous travaillons pour son bien être : travailler pour elle, c'est travailler pour son pays.

On nous dira peut-être vous êtes des jeunes gens, ou est votre expérience. Oh, nous répondons franchement. N'allez pas croire que nous voulons prêcher des théories nouvelles, faire des innovations, ou vouloir imposer nos idées. Non, loin de nous une telle présomption. Nous voulons au moyen du journal mettre sous les yeux de chacun, les travaux des savants, les progrès jour-

naliers de la médecine. Nous avons cru que s'il était impossible à la plupart, vu les sacrifices indispensables, de se procurer tous les ouvrages recents qui traitent des progrès de la science, nous avons cru disons-nous, qu'il serait facile au moyen du journal, pour une somme infiniment petite, de se mettre au courant de ces nouveautés, et c'est dans ce but que nous naissons. Nous ne serons enfin que l'écho des grandes célébrités, que nous essayerons de répéter, car c'est déjà pour nous un grand mérite que de savoir bien répéter. Nous nous sommes mis en communication avec les principaux journaux d'Europe et des Etats-Unis, et par ce moyen nous voulons choisir ce qu'il y a d'essentiellement pratique, nous voulons être utiles au praticien, en lui faisant connaître la découverte d'un remède nouveau, son application dans une maladie donnée, de même que ses effets thérapeutiques. Mais confrères, ce n'est pas tout, nous désirons aussi que chacun de vous apporte son contingent de travail, qu'au milieu des loisirs que la clientèle vous accorde une heure de travail nous soit donné. Vous qui avez blanchi sous le harnais de l'étude et du travail, nous vous demandons de nous faire part de vos recherches, de vos observations. Vous êtes la base sur laquelle nous posons la première pierre de l'édifice.

Dans le champ vaste d'observations que le médecin de la campagne a à parcourir, rien ne lui sera plus facile. Mais qu'il nous soit permis de dire d'avance à nos correspondants, qu'il nous sera impossible de permettre des discussions personnelles, toujours désagréables pour les uns et surtout ennuyeuses et inutiles pour le plus grand nombre. Oui confrères nous sommes jeunes, nous sommes encore au berceau, nous vous tendons les bras et vous prions d'aider nos premiers pas. Quoi de plus facile pour vous. Vous avez le travail, l'expérience et les moyens pécuniaires, un coup d'épaule et la roue tourne. Si plus tard le succès vient couronner nos efforts, si la presse médicale française occupe le rang qu'elle doit avoir en Canada, si ce point lumineux que nous

apercevons dans l'obscurité, qui est le progrès, s'agrandit, et que nous réussissions à l'atteindre, ce ne sera pas dû à nous, mais à vous qui aurez facilité nos premiers essais, par votre abonnement et votre collaboration. Enfin nous entrons dans l'arène de pied ferme et l'espérance dans le cœur. Puisse votre encouragement changer cette espérance en certitude, et quant à nous si nous réussissons à vous être utiles, quelque fois, c'est le *nec plus ultra* de notre ambition personnelle.

DR. DAGENAI, S,
DR. LEMIRE.

Traitement de la Constipation.

PAR M. TROUSSEAU.

La constipation compte parmi les accidents souvent fort rebelles, contre lesquels il est nécessaire que le praticien dispose de ressources nombreuses et variées suivant les exigences de chaque cas particulier. M. Trousseau a accordé à ce point de pratique une attention toute particulière; et voici les principaux conseils qu'il formule à cet égard. Lorsque la constipation n'est pas inhérente à la nature de l'individu, comme cela arrive quelquefois, la volonté patiente et régulièrement appliquée triomphe le plus souvent de cette infirmité. Il faut qu'à la même heure, tous les jours, le malade se présente à la garde-robe, fasse des efforts énergiques, qui s'ils sont impuissants, doivent être répétés le lendemain. Si, après le deuxième jour, il n'y a pas eu d'évacuation, le malade prendra un lavement à l'eau froide. Il est rare dit-il, qu'après dix jours de ces patientes manœuvres, on n'obtienne pas une selle quotidienne. Le régime doit aussi occuper, dans la constipation, une place considérable, il doit être emprunté surtout aux substances végétales, comme les fruits crus, les végétaux herbacés. Mais donner la diarrhée ce n'est pas guérir la constipation, et la diète végétale ne sera utile qu'à la condition d'être bien supportée. Certains aliments tirés du règne animal, tels que le laitage, exerce une influence légèrement laxative

sur un grand nombre de personnes, il en est de même du café au lait et du thé. Parmi les boissons la bière et le cidre sont celles qui vont le mieux aux gens constipés. Le médicament que M. Trousseau conseille constamment à l'exemple de ce que faisait Bretonneau, c'est la belladone. Il fait des pilules contenant chacune un quart de grain d'extrait et autant de poudre de belladone. Une à prendre le matin à jeun plutôt que le soir. On va à deux après cinq ou six jours, et l'on ne doit que rarement excéder la dose de quatre ou cinq ; toujours, ces pilules quel qu'en soit le nombre, doivent être prises en même temps, et doivent être cessées aussitôt que les selles sont devenues régulières. Si la belladone reste impuissante, on devra le soir administrer une cuillerée à café d'huile de ricin une ou deux fois la semaine. Cependant il est encore des cas qui résistent à ces divers moyens, et il faut alors avoir recours aux purgatifs et préférer aux purgatifs salins dont l'action est peu durable les purgatifs *drastiques*. M. Trousseau formule les pilules suivantes :

R.
Pulv. d'Aloès, XX grs.
Ext. Coloquinte, XX grs.
" Rhubarbe, "
Gom. Gutte "
Ext. Belladon, Vgrs.

Pour 20 pil. A prendre tous les deux ou trois jours, 1, 2 et même 3 de ces pilules. Toujours en même temps.

Elles doivent être administrées, soit le matin ou le soir, selon que leur action est plus ou moins lente chez les individus. Lorsqu'elles ont une action trop rapide, il vaut mieux les donner le matin, au contraire si l'action est lente, elles peuvent être prises le soir au moment du coucher de sorte qu'elles procurent une garde-robe le lendemain matin. M. Trousseau a aussi conseillé quelquefois, l'application du froid sur l'abdomen. Le matin en se levant, on recouvre le ventre d'une compresse en plusieurs doubles, imbibée d'eau froide et séparée des vêtements par une feuille de caoutchouc. Cette compresse est conservée 3 ou 4 heures.

(*Abeille Médicale*)

Du traitement de la blépharite ciliaire

Par les applications de la TEINTURE D'IODE.

Tout le monde connaît le caractère rebelle que revêt généralement les inflammations du bord libre des paupières, et les difformités

qu'elles entraînent. Parmi les topiques de tout genre qu'on a préconisés dans le traitement de la Blépharite ciliaire, il en est un d'application facile, qu'on emploie bien rarement et qui a cependant une efficacité incontestable, d'après M. Fano, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, c'est la teinture d'iode. La Blépharite Ciliaire est une affection à caractères bien déterminés. Tous les ophthalmologistes reconnaissent aujourd'hui qu'au début, la maladie consiste en une phlegmasie de la peau de la région ciliaire, et que ce n'est que plus tard, que cette inflammation se propageant à la cavité des follicules ciliaires, déterminent ces ulcérations plus ou moins profondes qui finissent par entraîner la chute des poils, et donnent lieu à cette difformité des paupières connue sous le nom d'*alopécie* ciliaire. Il résulte, d'après les observations du savant professeur, que l'application de l'iode, sur les parties affectées, en modifie la vitalité, change la nature de la sécrétion morbide et fait cesser la production des croûtes qu'on observe généralement. Voici son procédé. Il faut d'abord enlever avec précaution les croûtes de la rangée ciliaire de la paupière, précautions dont on ne saurait se passer, sans risquer d'échouer dans le traitement. Les croûtes doivent être préalablement ramollies, soit en humectant la paupière d'eau chaude, soit par l'application d'un cataplasme de graine de lin. On trempe un petit pinceau dans une solution de parties égales de Teinture d'iode et d'eau distillée, et on promène l'extrémité du pinceau sur le bord de la paupière, en ayant soin que le liquide pénètre dans l'intervalle des cils. Il faut donc que les poils du pinceau passent et repassent plusieurs fois sur les mêmes parties, faute de quoi le liquide imbibe les cils et n'impregne pas la peau. Pendant la durée de cette application, il importe d'éviter le contact de la teinture d'iode avec la conjonctive. Il est facile d'arriver à ce but en ayant recours à la manœuvre suivante : si c'est sur la paupière supérieure que l'on veut étendre le médicament, on commande au malade de regarder en bas, on attire la pau-

pière supérieure dans le même sens, de manière à la porter un peu au devant de l'inférieure qui abrite ainsi le globe. Pour étendre la teinture d'Iode sur le bord libre de la paupière inférieure, il suffit de porter celle-ci légèrement en bas par une traction directe sur la peau. Si quelques gouttes du médicament s'insinuaient derrière les paupières, sur la conjonctive on dirigerait immédiatement sur celle-ci un jet d'eau froide.

Traitement du Tétanos

Par l'application locale du tabac.

PAR HENRY J. TYRRELL. Ecr.,
Chirurgien à l'Hôpital Jervis, Dublin.

Le 19 février, j'ai fourni à la société chirurgicale de Dublin, les détails d'un cas de tétanos traumatique traité par l'application de feuilles de tabac sur la partie blessée, et alors j'ai donné les raisons pour lesquelles je préférerais l'usage local du tabac à emploi interne de la nicotine, telle que recommandée par le professeur Haughton, en 1862, dans un mémoire lu devant le collège des médecins.

Comme j'ai traité et guéri dernièrement un cas encore mieux marqué de tétanos aigu par l'emploi local du tabac, je crois qu'il est à-propos de faire connaître à la profession médicale, la manière dont j'ai agi et ce que je pense sur ce sujet. Puisque le tabac ou son principe actif, la nicotine, est utile pris intérieurement, il doit l'être encore plus dans le tétanos périphérique ou excentrique, appliqué localement parce qu'alors il paralyse les nerfs de la partie affectée d'où naît l'irritation et éloigne ainsi la cause des spasmes tétaniques. Quand le tétanos est produit par une blessure et que l'on veut agir énergiquement, on doit appliquer sur la plaie et les parties environnantes, une solution de nicotine ou de tabac de force connue. Dans la forme idiopathique de la maladie, l'usage endermique du remède, pratiqué en enlevant l'épiderme du dos au moyen de mouches, amènerait plus vite la moëlle épinière sous son influence et produirait moins de dépres-

Dans le premier cas que j'ai traité la blessure était large, mais dans le cas qui nous occupe elle était de si peu d'importance que le malade avait jugé inutile d'appeler un chirurgien. Voici le cas :

Michaëli H... âgé de trente-cinq ans, peintre, d'une conduite sobre fut admis à l'Hôpital Jervis, dans mon service le 22 juin 1864. Il fut apporté à l'hôpital par quatre hommes, il était dans une grande prostration, les dents serrées, tous les muscles de la face très contractés, ainsi que ceux du dos et de la région cervicale. Il possédait sa connaissance et pouvait parler un peu, mais il lui était impossible de desserrer les dents : une sueur froide lui couvrait le corps, le pouls très faible et intermittent était à 95. Sa femme nous raconta que le 10 juin, il s'était coupé le nez en tombant sur un mur et que la plaie était si petite qu'il n'y fit pas d'attention et alla à son ouvrage comme si rien ne lui était arrivé. Le 19 il sentit un peu de roideur dans les mâchoires et d'après l'avis d'un médecin qui lui donna quelques remèdes, il s'appliqua un sinapisme. Il empira rapidement et elle le fit conduire à l'hôpital. En l'examinant je trouvai sur l'aile droite du nez une petite plaie lacérée d'environ un demi-pouce de long ; elle paraissait indolente sans disposition à guérir. C'était évidemment un cas de tétanos traumatique aigu avec un extrême affaïssement.

En donnant la nicotine je craignais que l'action sédative du remède n'amenât un résultat fatal ; et en me rappelant le succès qui avait couronné l'application locale des feuilles de tabac dans le cas que j'ai déjà publié, je résolus d'essayer de nouveau cette méthode. Comme la plaie était très petite, j'enlevai toute la peau du nez et une partie de la peau sur le derrière du cou, environ douze pouces carrés au moyen d'eau bouillante et de collodion. Je couvris la surface dénudée avec du *spongio piligine* imbibé d'une forte solution de tabac Cavendish. L'infusion avait été préparée en mettant une once de feuilles de tabac dans vingt onces d'eau bouillante pendant une heure. J'appliquai l'eau et les feuilles ensemble. J'ordonnai l'in-

jection dans le rectum de seize onces de thé de bœuf fort pour vider l'intestin et ensuite dans le but de soutenir les forces du malade, une injection répétée toutes les deux heures composée des substances suivantes : brandy, un once, éther sulfurique une drachme, sulphate de quinine griv, thé de bœuf fort six onces. M. O'Grady et M. Fegan, internes, restèrent debout toute la nuit et prirent le plus grand soin du patient.

Jun 23 9 h. A. M. — Il a passé une nuit très agitée, n'a pas dormi : pouls 88, faible et intermittent ; respiration 30 ; les muscles du cou un peu relâchés ; les muscles abdominaux et dorsaux peut-être plus tendus. Il ne peut pas avaler sa salive et chaque effort dans ce but cause une grande douleur dans la gorge et amène des spasmes sévères ; le corps devient arqué la tête et les talons seulement touchant au lit. J'ordonnai de continuer le traitement avec un intervalle de quatre heures entre chaque injection ; je fis faire une nouvelle infusion de tabac. Je le vis à 2 hs. P. M. Spasmes un peu moins forts et il peut écarter les dents de manière à permettre l'introduction d'un crayon entr'elles. Pouls 86 plus fort non intermittent. 4 h. Le rectum a rejeté le lavement ; à 6 heures le pouls s'est élevé à 108 et est devenu très faible. 9 h. J'ai ordonné de répéter l'injection en y ajoutant 20 gouttes de teinture d'opium.

24 juin 1 h. a. m. Comme il pouvait avaler en suçant une éponge j'ai ordonné une potion contenant une once de brandy, 20 gts de teinture d'opium dans un verre d'eau, il prit tout au moyen de l'éponge. Ce fut cependant avec beaucoup de difficulté qu'il put l'avalier, quelques gouttes faisant fausse route et causant des spasmes très alarmants. Il mit 40 minutes à tout prendre. Après la potion le pouls tomba à 92 et devint plus fort. 3 h. a. m. Il avala au moyen d'un cathéter No. 8 une demi-once de brandy dans un verre d'eau avec 10 gts de teinture d'opium. Il craint de dormir ; quand il s'assoupit il fait des sauts, il gémit et rugit d'une manière affreuse. Vers le matin, il tomba dans un sommeil bien-faisant et vers 7 heures il but avec aise une livre de thé de bœuf avec le cathéter. 9 h.

a. m. La tention du cou est beaucoup moindre qu'elle a jamais été depuis son admission, mais l'abdomen est peut-être plus tendu. Durant la journée, il but une pinte de thé de bœuf contenant 12 œufs et douze onces de whisky. Les feuilles de tabac furent souvent renouvelées. Il a dormi quatre heures pendant la nuit.

26. 9 h. a. m. — Le cou passablement flexible ; le dos et l'abdomen dans le même état qu'hier : sur le soir il est tombé dans le délire et il avait l'ouïe extrêmement sensible. 10 h. p. m. Pouls 102.

27. 9. h. a. m. Dans le délire. Il soupçonne tout le monde de vouloir l'empoisonner. Pendant le jour, il a pris 12 œufs dans une pinte de thé de bœuf sans le cathéter. Il a dormi par intervalles.

28. — Délire beaucoup augmenté. Il ne veut endurer personne pas même sa femme. J'ai prescrit la mixture suivante :

P.
Sulf. quinine XXIV grs.
Morphine. ij
Eau distill. huit onces.
Méléz. une cuillerée à thé toutes les trois heures.

A 10 h. p. m. — Je lui ai donné la potion suivante :

P.
Chloroform XX gts
Tr. opium. XXV gts.
Sirop. une drachme.
Eau distill. huit onces.
A prendre à la fois.

Il n'a pas dormi pendant la nuit et a été très agité.

29. 9. h. a. m. — Pouls, 108, faible : s'est endormi à 10 h. a. m., et a dormi profondément jusqu'à 5 h. p. m. Il fut de nouveau agité et prit à différents intervalles 50 gts de teinture d'opium, ce qui le calma et sur le matin il s'endormit. 30. Il s'est éveillé à 8 h. a. m. Je l'ai vu à 9 h. Pas de délire, il ne se souvient de rien. Le cou et le dos passablement relâchés, mais ressentant une douleur intense depuis le cartilage xiphôide jusqu'à la colonne vertébrale, des crampes dans les cuisses. Je fis appliquer des feuilles de tabac sur le ventre et les cuisses sans avoir préalablement enlevé l'épiderme.

Continuer le thé de bœuf, etc.

Juillet, 1, 2, 3. — Prenant du mieux graduellement : le 4, il pouvait ouvrir la bouche à sa grandeur naturelle : le dos et l'abdomen flexibles. Je le déclarai guéri et n'appliquai qu'un pansement simple sur les surfaces dénudées. Je cessai l'emploi du tabac.

Deux jours après il eut un frisson et une forte attaque de pneumonie. Il en réchappa et fut déchargé entièrement guéri le 12 septembre. — *Medical Times and Gazette.*

De l'emploi du Bromure d'Ammonium

DANS LA COQUELUCHE

Par le Dr. R. PEEL RITCHIE, Médecin de l'Hôpital Royal d'Edimbourg pour les enfants et du Dispensaire Royal.

Ce médicament introduit dans la pratique en premier lieu par le Dr. Gibbs, de l'hôpital de Westminster, a été depuis le sujet de nombreuses expérimentations de la part des médecins et de longs commentaires de la part des écrivains. Son action sur la gorge et sur la partie supérieure de la muqueuse des voies respiratoires est ce qui a le plus attiré l'attention sur lui.

J'ai commencé à employer le bromure d'ammonium en Janvier dernier et je l'ai prescrit souvent depuis. Comme résultat général je puis dire qu'il a soulagé la toux spasmodique et qu'il a diminué le symptôme le plus caractéristique de la coqueluche, l'accès (hoop) mais que son action n'a pas toujours été aussi heureuse.

En prescrivant un nouveau remède, on doit connaître les circonstances dans lesquelles on peut en tirer avantage, surtout lorsqu'il s'agit du traitement d'une maladie comme la coqueluche qui est probablement la maladie pour laquelle on a recommandé le plus grand nombre de spécifiques.

Le Dr. Gibb ne dit pas qu'il réussit toujours, mais qu'il est extrêmement utile dans un grand nombre de cas. La professeur Harley, de l'Université de Londres, qui a

beaucoup employé ce remède, remarque "qu'il ne paraît pas ôter la toux, mais qu'il l'empêche de prendre le caractère spasmodique."

Le résultat de mes observations n'est pas aussi favorable que ceux publiés par le Dr. Gibb, et le prof. Harley, et je vais essayer d'indiquer en peu de mots, ce que j'ai observé.

1o. Quant à l'âge des malades, le plus jeune avait trois mois, le plus vieux, quatre ans; la moyenne était donc de vingt-trois mois et demi. D'après ce que j'ai vu, le remède m'a paru mieux réussir chez les enfants au-dessus de deux ans.

2o. Quant au résultat. Dans presque tous les cas, les accès (hoop) ont paru être soulagés après quelques doses et même d'une manière remarquable chez ceux dont les accès étaient fréquents. Dans plusieurs de ces cas, peu de temps après la première dose, on me rapportait que l'enfant était très soulagé.

Les enfants en bas âge sont probablement plus sujets aux attaques de bronchites, et on rencontre moins souvent la coqueluche sans complications chez eux que chez ceux d'un âge plus avancé. C'est peut-être pour cette raison que le bromure réussit mieux chez les enfants au-dessus de deux ans. Trois des cas que j'ai observés se sont terminés par la mort : deux sont mort de bronchite et l'autre de congestion des poumons. L'accès avait été soulagé dans tous, surtout chez les deux plus jeunes, dont l'un était âgé de trois mois et l'autre de vingt. Chez le plus vieux âgé de deux ans et neuf mois, le soulagement n'avait pas été aussi marqué.

3o. Quant à la dose. Généralement, j'ai donné trois à douze grains par jour, le quart de cette quantité étant prise toutes les six heures. Ces doses sont moindres que celles prescrites par le Dr. Harley, qui donne autant de grains que l'enfant a d'années toutes les huit heures; mais je les règle d'après la constitution et le développement de l'enfant.

Chez les enfants d'un âge avancé il prescrit le remède à hautes doses. Dans la lancette du 16 janvier 1864 il en rapporte deux cas : dans le premier on voit qu'une jeune fille de neuf ans, d'une apparence faible en a pris vingt-sept grains par jour. Dans le second, un jeune garçon de six ans, a pris dix-huit grains de bromure d'ammonium par jour. Dans les deux cas un soulagement très prompt s'est fait sentir. Dans le même journal on rapporte le cas d'un enfant de trois ans qui a pris dix-huit grains, et un autre de quatre ans vingt grains par jour.

Le Dr. Gibb donne deux ou trois grains trois fois par jour, aux jeunes enfants et quatre, huit et même dix grains aussi souvent répétés aux plus âgés.

Je n'ai jamais donné plus de douze grains par jour, mais j'ai prescrit cette dose avec succès chez des enfants âgés de quatre ans, trois ans et de deux à trois ans. Dans un cas, par une méprise de la mère, un enfant de deux ans a pris tous les jours pendant quatre jours quinze grains de bromure sans en être incommodé et sans en ressentir de mauvais effets. Les Drs. Gibb et Harley le prescrivent trois fois par jour dans de l'eau, je préfère le donner quatre fois par jour dans du sirop. S'il y a irritation des bronches on doit administrer une mixture d'ipécacuauba et de sceille. Le Dr. Gibb est aussi de cette opinion. Dans les cas compliqués j'ai trouvé qu'il était souvent nécessaire de donner un émétique.

4. Dans quels cas est-il utile ? Dans la Lancette du 26 sept. 1863, il est dit que le Dr. Gibb, en 1862, a beaucoup employé le bromure dans le traitement de la coqueluche et que vingt deux enfants de West London Hospital étaient presqueguéris par ce remède. Des observations sur plusieurs autres cas ont été faites et l'on doit remarquer l'opinion de ce médecin qui dit que "comme tous les autres remèdes on ne doit pas s'attendre à ce que le bromure guérisse invariablement" et que comme remède permanent, il avait plus de foi dans son plan de traitement par

l'acide nitrique dilué et l'application du nitrate d'argent au larynx. Il ne dit pas cependant dans quels cas le bromure est avantageux.

Dans les observations du même journal sur les cas rapportés par M. Harley on lit : "Le Dr. Gibb a découvert dans le bromure d'ammonium un anesthésique pharyngien et laryngien très puissant, et c'est cette propriété que le Dr. Harley a essayé d'utiliser dans le traitement de la coqueluche." Comme le Dr. Harley ne le reconnaît que pour modérer les accès, il n'indique aucunement les cas où il le trouve avantageux.

Le praticien doit donc lui-même choisir les cas où l'administration du bromure peut être de quelq'avantage ; l'ayant employé dans plus de vingt cas sans complication. Quant aux cas compliqués l'avantage de son administration est si légère que je préfère les autres modes de traitement.

De plus d'après ce que j'ai observé, les enfants au-dessous de deux ans sont plus sujets aux complications que les autres. C'est ce qui fait, je crois, que le remède agit mieux chez les derniers que chez les premiers ; car la congestion des voies aériennes diminue l'effet du bromure comme anesthésique laryngien. Plus les accès sont fréquents, plus le soulagement est rapide et marqué ; il agit mieux dans les cas qui datent depuis quelque temps que dans les cas qui ne font que de commencer. S'il y a complication de bronchite chronique, on doit le combiner à la sceille et à l'ipécacuaubaet quelque fois à un émétique.

Je ne me suis aperçu que le bromure d'ammonium produisit des nausées ni qu'il eut quelque effet sur le cerveau. Je n'ai jamais vu de convulsions lorsque je l'ai employé. — *Edimburg Medical journal.*

Placenta Previa.--- Version Externe

Nous croyons que tous les moyens, qui sont étayés sur le succès, dans des cas aussi difficiles, et aussi dangereux pour la vie de la mère comme pour celle de l'enfant, que le sont les présentations du placenta, doivent être mis sous les yeux de la profession, certains que nous sommes, que quelque soit l'expérience de l'accoucheur, ils lui seront toujours de quelq'utilité. Les présentations du placenta *centre pour centre*, heureusement fort rares, revêtent presque toujours un caractère mortel. soit pour la mère, soit pour l'enfant, et quelquefois pour les deux en même temps. Aussi la position de l'accoucheur dans ces cas est-elle critique, et exige en outre du sang-froid, la connaissance de moyens quelqu'ils soient pour favoriser le travail, hâter la délivrance et sauver sinon la vie de l'un, du moins celle de l'autre. Nous citons du *Medical Times and Gazette*, de Londres, le cas suivant par M. Thomas Page :

“ Dernièrement je fus appelé en consultation par un de mes amis pour voir un madame A*** dans un état de grossesse avancé de sept mois. Le jour précédent mon arrivée elle avait eu une hémorrhagie subite, qui a duré, et cela avec peu ou point de contractions de l'utérus, jusqu'à l'heure où je la vis; à l'examen j'ai trouvé l'os utérin très élevé, dilaté à peu près de la grandeur d'un florin, et complètement recouvert par le placenta. Il m'a été impossible de diagnostiquer la partie de l'enfant qui se présentait. Mais en introduisant deux doigts de la main gauche, j'ai reconnu la tête en avant, et en faisant un examen abdominal ou externe, mon ami et moi avons cru reconnaître les fesses sur le côté gauche, de sorte que nous en sommes venus à la conclusion qu'il s'agissait d'un cas de première position. L'utérus étant très élevé, j'ai introduit la main gauche dans le vagin, ensuite avec deux doigts introduits dans le col j'ai détaché le placenta en avant. J'ai su alors atteindre le front de l'enfant que j'ai poussé en haut et en avant en même

temps avec la main droite poussant les fesses du côté droit. Aussitôt j'ai senti la tête s'élever dans l'utérus, et après un certain temps de manipulation, sur les fesses, j'ai senti la tête en haut du pubis par l'extérieur. Alors avec la main droite, j'ai poussé, (toujours au moyen de manipulations), la tête en haut et bientôt j'ai touché au pied. J'ai essayé de rompre ensuite les membranes, mais elles étaient tellement flasques à cause du défaut de contraction utérines que je n'ai pas pu réussir, mais il m'a été possible de saisir le pied, et de l'amener à peu près deux pouces dans le vagin, sans rompre les membranes. J'ai pu alors déchirer la poche amniotique et amener le pied à l'orifice du vagin. De ce moment nous avons exercé des tractions suffisantes sur le pied pour tenir les fesses fermement appliquées sur le col utérin : n'ayant plus maintenant d'hémorrhagie, et les contractions utérines ne se manifestant pas, nous administraîmes une dose de Seigle ergoté et attendîmes les contractions. Elles survinrent bientôt et l'enfant fut expulsé à peu près une heure après la version, le liquide amniotique ne s'étant pas échappé jusqu'à ce que la tête fut entrée dans le vagin. Il n'y a pas eu d'autre hémorrhagie et le placenta est venu sans difficulté, la femme est en bonne convalescence et l'enfant après quelques efforts de respiration a succombé à peu près une heure après la naissance.

OBSTETRIQUE.

Conseils sur la délivrance dans les cas d'avortement.

L'avortement n'est pas seulement grave par les hémorrhagies qui l'accompagnent, il est grave aussi par la rétention du placenta qui en est une conséquence assez commune ; et c'est cette circonstance, qui, comme l'a fait remarquer très judicieusement M. Cazeau, rend plus dangereux les avortements à trois

ou quatre mois de grossesse que ceux qui surviennent du quatrième au sixième mois. En effet, à trois ou quatre mois les annexes fœtaux sont plus volumineux que le fœtus, et où celui-ci a passé, les autres restent. Après l'expulsion du fœtus, le col de l'utérus se referme, et pour que la délivrance s'accomplisse, il faut un nouveau travail. Or, si le délivre reste cinq à six jours dans la cavité utérine, il se putréfie, et se trouve en contact avec des vaisseaux béants et surtout avec des veines.

On voit dès lors la filiation des accidents qui vont être la conséquence de cette rétention. Aussi y a-t-il là un danger réel, danger connu des gens du monde, et que le praticien, par conséquent a tout intérêt à prévenir. Quel doit donc être, en pareils cas, la conduite de l'homme de l'art ? A voir les fautes qui sont journellement commises à cet endroit, il est permis de penser que quelques conseils ne sont pas superflus pour rendre ces fautes moins communes. Vous êtes appelé auprès d'une femme qui vient de faire une fausse couche ; elle était enceinte de trois à quatre mois ; l'enfant est expulsé, mais elle n'est pas délivrée. Vous touchez et que trouvez-vous ? Une de ces trois choses, ou le placenta est déjà en grande partie dans le vagin, ou il n'est engagé que par une petite portion dans l'orifice utérin, ou il est encore tout entier dans l'utérus. Dans le premier cas, rien de plus simple que son extraction, vous le saisissez, vous le tordez et bientôt vous l'amenez au dehors. Dans la seconde hypothèse, l'embarras est plus grand, il n'y a là qu'une très petite partie du placenta qui fasse saillie au dehors. Irez-vous dans ce cas tirer sur un cordon aussi tenu, aussi grêle qu'il l'est à cette époque de la grossesse ? Ce cordon se rompra. Chercherez-vous à introduire la main dans l'utérus ? Une pareille tentative serait

absurde, car non-seulement la main, si petite qu'on la suppose, ne pourrait tenir dans cet utérus, mais elle ne parviendrait pas à dilater le tissu résistant de son orifice. Quelquefois il m'est arrivé de sentir le délivre assez engagé pour le saisir avec deux doigts, pour en faire la torsion, pour y mettre un troisième doigt, et pour l'extraire complètement, et dernièrement encore dans un cas où quarante-huit heures s'était écoulées depuis l'avortement. Mais toutes les fois qu'une trop minime portion du placenta fait saillie au dehors de l'orifice externe du col, je m'abstiens de toute intervention directe dans la crainte de glisser et plus encore d'arracher cette portion du tissu placentaire, c'est qu'en effet rompre cette partie en apparence si peu importante du placenta est une faute extrêmement grave, car cette partie est d'une grande utilité pour le salut de la femme. Elle joue à la fois le rôle de corps stimulant et de corps dilatant, et sous cette double influence, le travail s'opère dans l'espace de douze à vingt-quatre heures.

Prof. PAJOT,

J. de Méd. et de Chir. Prat.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR L'ENTORSE JIBIO TARSIIENNE ET LES FRACTURES DU CORPS DE LA MALLEOLE EXTERNE
PAR M. VELPEAU.

On a beaucoup parlé depuis quelque temps du massage dans le traitement de l'entorse. On a cité naturellement un grand nombre de succès obtenus à l'aide de cette méthode qui pour le moment jouit de la faveur publique. Mais à côté de ces

succès il y a eu des revers, et l'on a vu entre autres un homme traité ainsi pour une entorse venir succomber dans le service de M. Velpeau aux suites d'un phlegmon diffus provoqué par le péricléage de la région Jibio-Tarsienne. Etait-ce que chez ce malade le massage avait été exercé par des mains inhabiles? Non. Mais c'est qu'il y avait eu erreur de diagnostic et qu'au lieu d'une entorse il s'était agi d'une fracture du corps de la malléole externe. Or rien n'est plus fréquent ni plus explicable que cette erreur, par la raison que la fracture indirecte du corps de la malléole externe, très commune, peu étudiée, et que dans une foule de circonstances où il y a lésion du pied par adduction, il est difficile de dire si cette lésion est une fracture ou une simple entorse. Telle est du moins l'opinion qui professait ces jours derniers le savant chirurgien de la *Charité* à l'occasion de deux cas. Ces deux malades avaient été admis comme affectés d'entorse, et le pied disaient-ils leur avait tourné, en dedans. Chez l'un M. Velpeau admettait l'entorse, chez l'autre une fracture : mais pour l'un et l'autre ce chirurgien se bornait à dire : *Je crois, je n'affirme pas*. Le doute ajouta-t-il peut sembler singulier à l'égard d'un os placé non-seulement sous la peau, mais dont le relief soulève les téguments. Et cependant, il suffit de se rappeler ces rapports qui existent entre le tibia et l'extrémité inférieure du péroné, pour comprendre l'embarras où se trouve le médecin dans les circonstances dont il s'agit. En effet, si les deux os se touchent par de petites surfaces, il ne faut pas oublier que le péroné est reçu dans une cavité semi-lunaire, assez étendue de haut en bas, et qu'il est soudé à cette cavité par un tissu jaune, élastique, d'une densité extrême. Ces deux os sont par conséquent en contact immédiat et il résulte de cet état de fusion que le péroné peut être

brisé depuis la malléole jusqu'à sa racine sans que le moindre déplacement permette d'en soupçonner la solution de continuité. La même disposition anatomique explique comment, en pareil cas, deux signes de fracture qui se lient, la mobilité et la crépitation, sont la plupart du temps, tellement obscurs que, si le gonflement est considérable, ces signes deviennent tout-à-fait négatifs. Pour qu'ils se produisent il faut des précautions infinies. Il importe, par exemple, de chasser à l'aide de douces pressions, le liquide accumulé dans le tissu cellulaire, qui recouvre le sommet de la malléole, afin de dégager l'os et de mieux apprécier les faibles oscillations dont le fragment est susceptible. Il convient ensuite de se rappeler que le déplacement de la peau simule un certain degré de mobilité osseuse, ce qui oblige le chirurgien à bien fixer le pouce sur le sommet de la malléole et à pousser perpendiculairement. Si on procède avec ces petits soins à l'exploration de l'os, on parviendra sans doute dans bon nombre de cas à diagnostiquer une fracture, mais M. Velpeau l'a répété, ce diagnostic sera toujours loin d'offrir un caractère de certitude absolue. Il en sera nécessairement de même pour le pronostic ; et quant au traitement à instituer, nous allons voir quelle devra être la conduite du praticien. Ce dernier sait bien que l'entorse ou éraillure des tissus ligamenteux, guérit en quelques jours, tandis qu'une fracture sans déplacement de la malléole exige, pour être consolidée, trois semaines au moins ou un mois. Ce sont donc pathologiquement deux maladies bien distinctes. Aussi est-il clair que si rien dans l'état du malade, ne révèle une fracture, il suffira du repos et des compresses résolutes, pour guérir la première lésion, sans même qu'il soit nécessaire de recourir au massage. Si, au contraire, il existe des présomptions

en faveur d'une fracture, non seulement le massage ne sera pas plus utile que dans les conditions précédentes, mais de plus il pourra comme on l'a vu, être nuisible, et c'est encore au repos et aux résolutifs qu'il faudra faire appel, en prolongeant la durée des soins pendant un temps plus considérables. Une chose heureuse dans ces cas douteux, et qui simplifie beaucoup les devoirs du chirurgien, c'est qu'en admettant l'hypothèse d'une fracture, il est rarement nécessaire de traiter celle-ci par l'emploi des bandages. M. Velveau se contente de tenir le membre dans le repos, de le couvrir d'abord de compresses résolutives, pour dissiper le gonflement. Ces compresses sont remplacées au bout de dix jours par des pommades iodurées ; puis vers la troisième semaine si le malade éprouve encore de la douleur en faisant mouvoir le pied, on entoure le membre d'un bandage amidonné qui permet la marche à l'aide d'une canne. En abrégeant ainsi le temps du séjour au lit, on évite les empâtements, la raideur des membranes synoviales et sans qu'il en résulte aucun inconvénient, ni aucun retard dans la consolidation. Ce sont ces fractures du corps de la malleole qui méconues et traitées Empiriquement ou négligées, deviennent la cause de douleurs persistantes et de difficultés fonctionnelles qu'on attribue à tort à une lésion des tissus peri-articulaires et qui font dire dans le monde que l'entorse, au point de vue de ses conséquences est plus à craindre qu'une fracture de la jambe.

Abeille Medicale.

EPISTAXIS.

La fréquence des Hémorrhagies par les fosses nasales aussi que leur sévérité dans

bien des cas, nous engage à publier le procédé suivant que nous empruntons de M. Cahill médecin anglais. Le procédé ordinaire tout en étant gênant pour le malade, et difficile pour l'opérateur ne laisse pas d'être rarement mis en usage d'autant plus que l'instrument recommandé n'est pas à la portée de tout le monde. Voici le procédé, qui tout en étant facile se trouve sous la main de tous les médecins. Il consiste à pousser à l'aide d'une sonde de femme dans la narine, d'avant en arrière, un morceau d'éponge sèche et comperimée de la longueur de deux pouces, et liée par son milieu avec un fil double. Lorsque l'éponge ainsi poussée, est parvenue jusque dans le pharynx on retire le fil. Par ce mouvement l'éponge est ramenée en double contre l'orifice postérieur des fosses nasales ; et gonflée par le sang, elle obstrue complètement cet orifice. Il ne reste plus qu'à entasser dans l'orifice antérieur des boulettes de coton entre les deux chefs du fil qu'on finit par nouer pour maintenir ces boulettes. Lorsqu'on veut enlever cet appareil rien n'est plus aisé, il suffit de couper le fil et de retirer ensuite l'éponge par la bouche.

ASSEMBLÉE TRIENNALE DU

Collège des Médecins et Chirurgiens du B.-Canada.

Trois-Rivières, 12 Juillet 1865.

Conformément à une résolution passée à la dernière assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas Canada, le 9 Juillet 1862 tenue à Melbourne, les membres suivants se sont réunis ce jour à Trois-Rivières ; Drs. Marsden, A. Fenwick, G. Fenwick, Blanchet, Russell, Howard, Boyer,

Gilbert, Scott, Hingston, Jackson, Landry, Smallwood, Chamberlin, Tassé, Foster, Weilbrenner, Robillard Wolf, Marmette, Munro, Dubé, Robitaille, Reinfret, Têtu, Dufresne, Cambell, Gibson, Ross, Gauvreau, O'Leary, Trestler, Brigham, Tessier, Lavoie, Badeaux, Hamilton, Ershine, Peltier.

Le Dr. Marsden, président du Collège occupa le fauteuil. Le Dr. Peltier, un des secrétaires, lut le rapport de la dernière assemblée triennale qui fut approuvée sur motion du Dr. Jackson secondée par le Dr. Fenwick.

Le Dr. Marsden fit rapport d'un travail intéressant sur les procédés du Collège durant les trois dernières années passées qui fut unanimement adopté et recommandé à être publié sur motion du Dr. Smalwood secondée par le Dr. Trestler. On fit lecture d'une lettre du Dr. Serwell de Québec relativement à la licence sans examen du Dr. Anderson de Québec qui s'est présenté portant un diplôme du Collège des chirurgiens d'Edinburgh. Le Dr. Sewell dit qu'il n'y a contre lui que le fait d'avoir pratiqué sans licence ; mais que personne plus que lui n'est digne de porter le titre de médecin : Avant de précéder outre, les messieurs suivants furent élus membres du Collège : Dr. T. Robitaille M. P. R. de Bonnaventure proposé par les Drs. Peltier et Landry : Dr. P. Beaubien de Montréal, proposé par les Drs. Peltier et Boyer. Dr. Elzéar Landry de Bécancour, proposé par les Drs. Smith et Badeau. Dr. Charbonneau de St. Paul l'Emite proposé par les Drs. Peltier et Boyer. Dr. Rottot de Montréal proposé par les Drs. Peltier et Bibaud. Dr. L. E. Bardy de Québec proposé par les Drs. Tessier et Blanchet. Dr. P. Cadieux de Sorel proposé par les Drs. Robillard et Trestler. Dr. M. Mignault de Yamaska proposé par les Drs. Robillard et Dufresne.

Dr. P. Giroux de Trois-Rivières, proposé par les Drs. Badeau et O'Leary. Il fut ensuite proposé par le Dr. Smalwood secondé par le Dr. Russell, et résolu, que les porteurs de diplômes de Collèges ou Universités Britanniques soient renvoyés à l'assemblée du mois d'Octobre prochain. Les Dss. Chamberlin et Smalwood firent ensuite leur rapport comme auditeurs.

Les soussignés auditeurs nommés pour examiner et faire rapport des comptes du Trésorier du collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada soumettent humblement : que ils ont examiné les comptes et les dossiers jusqu'à ce jour, qu'il les ont trouvés corrects, et d'après une recommandation antérieure suggèrent qu'à l'avenir deux livres de comptes s'éparés soient tenus l'un contenant le montant de tous les argents provenant des licences des candidats avec la somme payée pour les frais de transport des membres. L'autre contenant les revenus de toute autre source ainsi que le montant de toutes dépenses. En conséquence votre comité après avoir examiné les comptes séparément a trouvé qu'il a été reçu durant les trois dernières années la somme de £420 provenant des licences des candidats et qu'il a été payé aux membres pour frais de transport £220 laissant une balance de £200.

Il recommande que cette somme soit entrée dans un livre séparé et tenu expressément pour cela, comme un item particulier destiné par la loi pour un but spécial.

Votre comité fait de plus rapport que les fonds provenant d'autres sources et les dépenses pour la même période laissent une balance de (£278.13.5) et recommande que le montant soit placé dans un livre séparé.

Le livre de banque montre un dépôt de

£478.13.8, ce qui après examen s'accorde avec les livres du trésorier.

Le tout humblement soumis,

J. CHAMBERLIN, M. D.

CHS. SMALWOOD, M. D.

Montréal, 7 juin 1865.

Proposé et résolu sur motion du Dr. Brigham secondé par le Dr. G. Fenwick que le susdit rapport des auditeurs soit adopté. La question de la caisse de bienfaisance ayant été agitée il fut décidé d'attendre à la prochaine assemblée vu qu'il n'y avait pas encore eu de session du parlement.

Il fut proposé par le Dr. Gilbert secondé par le Dr. Brigham et résolu que MM. les Drs. Fenwick et Campbell éditeurs du "Canada Medical Journal" soient autorisés de publier le rapport du Collège dans le journal et d'imprimer 100 copies en pamphlets dont 50 devront être envoyées aux secrétaires pour être distribuées aux membres du Collège et d'en publier autant de copies en français et cela, aux frais du Collège.

Le Dr. Howard lut en anglais, et le Dr. Robillard en français, le rapport de la commission nommée dans le but d'établir une classe de "Fallows" attachée au Collège. Le rapport fut sérieusement discuté, plusieurs membres prenant part à la discussion entre autres les Drs. Howard, Beaubien, Landry, Munro, Hingston, Gilbert, Trestler, Robillard. Quelques changements dans l'expression furent proposés et adoptés à l'unanimité.

Il fut ensuite proposé par le Dr. Smallwood secondé par le Dr. Howard et résolu que le rapport du comité concernant le Fellowship tel qu'amendé soit reçu et remis à la prochaine assemblée semi-annuelle des gouverneurs pour être de nouveau examiné.

Les amendements proposés aux règlements en conformité aux statuts fut ensuite discutés.

Il fut proposé par le Dr. Landry secondé par le Dr. Russell et résolu que la quatrième clause concernant les membres soit amendée ainsi : "Que tout membre du Collège ne soit éligible comme gouverneur on n'ait droit de vote à l'élection de la chambre des gouverneurs à moins d'avoir payé tout arrérage au Collège. Sur motion du Dr. Sandry secondé par le Dr. Beaubien il fut proposé que les nouveaux présidents et secrétaires soient requis de faire disparaître la contradiction apparente entre les statuts et les règlements du Collège concernant le fait d'exiger \$15 des candidats pour leur licence lorsque la loi fixe la somme à \$10.

Après discussion le Dr. Landry consentit à amender sa motion de manière à ce que \$5 pour le parchemin soient ajoutés aux \$10. Résolu à l'unanimité.

Les règlements tel qu'amendés furent mis aux voix et approuvés unanimement laissant au président le soin d'obtenir la sanction du gouvernement.

Proposé par le Dr. Russell secondé par le Dr. Blanchet et résolu unanimement que la prochaine assemblée triennale ait lieu à Trois-Rivières.

On procéda ensuite à l'élection de la chambre des gouverneurs se composant de 36 membres.

Le Président demanda les procurations dont un certain nombre de membres étaient porteurs et dont voici la liste :

Dr. G. W. Campbell	Montréal	par le Dr. Scott
" Sutherland	"	"
" Craik	"	"
" Taylor	"	"
" Wright	"	"
" McCallum	"	"
" Fraser	"	"

Dr. Trudel	Montréal,	par la Dr. Peltier
" Coderre	"	" "
" F. Turcotte	St. Hyacinthe	" "
" Sharest	Beauport	" Dr. Blanchet
" Michaud	Kamouraska	" "
" Bibaud	Montréal	" Dr. Dufresne
" Gladstone	Québec	" Dr. Marsden
" Moffatt	"	" "
" Rees	"	" "
" Forrest	"	" "
" Boudreau	Baie St. Paul	" Landry
" Bacon	Trois Pistoles	" "
" G. J. Russell	Toronto	" H. Russell
" Sewell	Québec	" Jackson
" Von Iffland.	Grosse Isle	" Marmette
" Bardy	Québec	" Tessier
" Brown	Durham	" Chamberlin
" Summers	Lac Magog	" Gilbert
" Waddington	Sherbrooke	" "

Le président nomma les Messieurs suivants pour dépouiller le scrutin : Drs Jackson, Weilbrenner, H. Russell, A. Fenwick, Smallwood. L'assemblée s'ajourna pendant quelques temps afin de permettre à ces messieurs de faire le dépouillement, et se réunit de nouveau à 3 h. p. m. Le président déclara élus pour les trois prochaines années les messieurs suivants comme gouverneurs.

Pour la ville de Montréal : — Drs. Peltier Howard, Scott, Fenwick, Boyer, Rottot, Robillard, Smallwood.

District de Montréal : — Drs. Weilbrenner, Dufresne, Tassé, Chamberlin, Gibson, Brigham, Charbonneau.

District de St. François : — Drs. Gilbert, Worthington, Hamilton.

District des Trois-Rivières : — Drs. A. Fenwick, Badeaux, Ross.

Ville de Québec : — Drs. Landry, Blanchet, Russell, Jackson, Tessier, Robitaille, Marsden, Sewell.

District de Québec : — Drs. Michaud Marmette, Dubé, Boudreau, Tétu, Lavoie, Von Iffland.

Le résultat de l'élection étant connu, l'as-

semblée s'ajourna et les gouverneurs nouvellement élus se réunirent pour choisir leurs officiers. Le Dr. Marsden en laissant sa charge de président fit quelques remarques appropriées à la circonstance et remercia les membres du Collège pour l'appui cordial qu'il en avait reçu durant sa charge de président, espérant que son successeur aurait le même accueil.

Sur motion du Dr. Smalwood secondé par le Dr. Chamberlin il fut résolu que des remerciements soient votés au Dr. Marsden pour l'habileté et l'assiduité avec lesquelles il s'est acquitté de ses devoirs comme président. On procéda ensuite en suite à l'élection d'un nouveau président. Le Dr. Fenwick dépouillant le scrutin et le Dr. Chamberlin ayant la majorité des votes en sa faveur fut déclaré président du Collège et de la chambre des gouverneurs.

Le Dr. Chamberlin, nouvellement élu prit le fauteuil présidentiel et remercia en termes flatteurs l'assemblée qui venait de l'élire à un poste aussi élevé.

Le vote pour les deux vice président eut lieu et les Drs. Landy pour le District de Québec et Scott pour le District de Montréal furent élus avec une grande majorité. Messieurs les Drs. Peltier et Russell étant de nouveau élus secrétaires pour les District de Montréal et Québec.

Le Dr. Boyer ayant été élu par une grande majorité trésorier et régistrateur, l'assemblée s'ajourna.

HECTOR PELTIER M. D. Edin.
Sect. pour le District de Montréal.

SOCIÉTÉ MÉDICO CHIRURGICALE.

Une assemblée des membres de la profession Médicale de cette ville, convoquée par les Drs Howard, Peltier, et Hingston, a eu lieu dans une des salles de l'Institut des artisans le

28 Juillet dernier. Le but de cette assemblée a été de s'entendre sur les moyens à prendre pour créer une société Médicale afin de promouvoir les intérêts de la science tant à Montréal que dans toute la Province. Le Dr. Sutherland fut appelé au fauteuil présidentiel, et le Dr. Squire, prié d'agir comme secrétaire. Plusieurs résolutions furent adoptées, et un comité fut nommé pour préparer les règlements de la dite Société, et l'assemblée s'ajourna après avoir voté des remerciements au Président et au Secrétaire. Dans notre prochain numéro nous espérons pouvoir entrer dans les détails de l'association dont le but sans aucun doute doit rencontrer l'approbation de tous les Médecins.

PERSULFATE DE FER

Dans les Hémorroïdes.

Le Dr. George S. Cartwright, parle hautement de l'efficacité du persulfate de fer en onguent dans les Hémorroïdes. Il est surtout utile, dans les hémorroïdes passées à l'état d'ulcération ou chez les individus dont la constitution est affaiblie, par la diarrhée, les longues marches ou excès de tout genre. Nous choisissons le cas suivant parmi ceux qu'il cite en faveur du remède M. d'un tempérament fort, a été sujet à de légères hémorroïdes depuis plusieurs années. Il a été obligé pendant ces derniers mois de faire de longues routes en voitures. Etant venu me consulter le cinq décembre dernier, j'ai trouvé à l'examen, une petite tumeur de la grosseur d'un pois en dehors du sphincter. En faisant des efforts de défécation, elle acquérait la grosseur d'une muscade. Traitement Lotion à l'écuate de plomb et

Ferri persulf. Une demie drachme.

Cerat. Simpal. Une once.

Mélangez et appliquez tous les soirs en se couchant, l'effet fut presque immédiat, caractérisant la partie et calmant la douleur. Il est bon de remarquer qu'antérieurement à ceci le malade avait essayé l'onguent de gale, le Tarmin, l'opium, sans aucun succès. L'effet du persulfate est permanent et deux semaines après le commencement du traite-

ment le malade pouvait monter à cheval, et prendre même un exercice violent, sans aucun inconvénient. Le Dr. C. emploie quelquefois cet onguent au double, prescrit dans cette formule. — *American Journal of British Science.*

CAS DE CATARACTE ENRAGÉ

par l'emploi de l'ammoniaque intus et extra.

M. Quadri est loin d'affirmer que toutes les cataractes guérissent par l'emploi de l'ammoniaque. Seulement, il publie une preuve clinique de l'influence curative de ce médicament, preuve qui nous semble extrêmement digne d'attention par la réserve même qui en caractérise le récit.

Une femme de 22 ans, s'aperçut d'une diminution de la faculté visuelle. Elle consulta M. Quadri, d'autant plus effrayée que la cataracte, héréditaire dans sa famille, avait déjà frappé sa mère, deux frères et une de ses sœurs (cette dernière opérée avec succès par M. Quadri.) Dans ses yeux, observés à l'ophtalmoscope, l'auteur constata une opacité corticale plus prononcée à la périphérie qu'au centre. Sa vue était affaiblie au point de ne plus permettre aucune occupation.

Le traitement consista à appliquer, tous les jours, l'ammoniaque liquides aux tempes, sous un verre de montre, et à donner à l'intérieur quelques grains de chlorhydrate d'ammoniaque.

La malade suivit ces prescriptions avec une docilité des plus remarquables ; au bout de deux mois elle avait gagné assez de netteté dans la vue pour pouvoir reprendre quelques travaux. L'examen ophtalmoscopique fit alors reconnaître une diminution dans l'étendue et dans la densité des opacités. La malade a continué ce traitement pendant cinq ans. Sa maladie non seulement n'a pas augmenté, mais s'est améliorée. Ajoutons que l'ayant suspendu un mois, cette femme constata une aggravation que la reprise du traitement fit de nouveau disparaître. — (*Giorn. d'aptalm, ital. Abeille.*)