

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

L'ABEILLE MÉDICALE

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

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

Vol. II.

JUILLET 1880.

No. 7.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de
Québec.

L'assemblée triennale des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu mercredi, le 14 juillet, à Montréal, dans les salles du Cabinet de lecture paroissial; un grand nombre de médecins, venus de toutes les parties de la Province, y assistaient.

Au nombre des médecins présents, on remarquait MM. les Docteurs F. J. Austin, Gaspard Archambault, Jos. S. Archambault, D. D. Archambault, A. D. Aubry, J. L. Brigham, F. Buller, M. J. E. Badeaux, A. A. Browne, J. Bell, A. Brosseau, E. J. Bourqué, G. O. Beaudry, P. A. Bernier, J. E. Berthelot, H. M. Barcelo, J. B. Bouchard, A. G. Belleau, J. A. S. Brunelle, J. A. E. Brun, W. C. H. Beaupré, J. C. Cameron, F. W. Campbell, R. Craik, V. Cleroux, J. N. Chopin, A. B. Craig, A. D. Cartier, A. B. Champagne, A. P. Cartier, N. Desmarteaux, A. Dagenais, L. B. Durocher, E. Desjardins, A. H. David, N. Duchesnois, J. Desroches, J. A. Desjardins, A. Demers, J. J. Dugdale, A. J. Duchesneau, H. G. Desjardins, T. N. DesRoches, E. E. Duquet, J. A. Elie, G. E. Fenwick, C. Fafard, A. Fortier, N. Fafard, C. M. Filiatrault, L. A. Fortier, J. E. Fournier, F. D. Gilbert, S. Gauthier, J. Gagnon,

J. B. Gibson, A. Germain, J. L. Guérin, A. Godin, J. C. S. Gauthier, W. H. Hingston, D. A. Hart, A. Hébert, R. P. Howard, H. Jeannotte, E. P. Lachapelle, J. E. A. Lanouette, J. L. Leprohon, S. A. Longtin, J. B. A. Lamarche, G. Leroux, J. A. Laramée, N. H. Ladouceur, J. Lanctot, C. Lescault, L. Larue, P. L. Laberge, L. Laberge, C. E. Lemieux, F. LaBadie, J. A. Leblanc, G. Létourneau, P. E. Lefarge, J. J. Lecavalier E. Longley, J. Marmette, J. Madore, A. C. MacDonald, Alf. Meunier, A. Mathieu, P. E. Mount, F. X. Mousseau, P. A. C. Munro, D. Marcil, W. Marsden, A. A. Mignault, M. D. S. Martel, W. Osler, E. Ouimet, F. Paré, J. Perrigo, F. X. Perreault, J. C. Poitevin, Ls. A. Paré, A. H. Paquet, A. Proudfoot, F. L. Palardy, A. Piché, P. E. Plante, T. M. Prime, C. Pratt, J. F. Pominville, J. A. Prévost, O. Raymond, G. Ross, E. Robillard, T. G. Roddick, A. G. A. Ricard, J. P. Rottot, T. A. Rodger, G. E. Roy, A. M. Rivard L. G. Routhier, J. A. Roy, W. E. Scott, Clément St. Paul, J. H. L. St. Germain, J. Sylvestre, H. Therien, G. E. Turcotte, L. G. Turgeon, F. X. Trudel, F. Z. Tassé, E. H. Trudel. G. A. Tierney, de Laval, M. E. Thierney, A. P. V. Vilbon, E. D. Worthington, G. Wilkins, B. N. Wales, W. Young. etc. etc.

M. le Dr. J. P. Rottot, Président du Bureau, prit le fauteuil.

Les minutes de la dernière assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec furent lues par M. le Dr. A. G. Belleau Secrétaire.

Le Président donna lecture de son rapport.

M. le Dr. E. P. Lachapelle, Trésorier du Bureau, soumit ensuite à l'assemblée l'exposé des finances suivant, depuis le 14 juillet 1877 jusqu'au 14 juin 1880 :

RECETTES.

Contribution et enregistrement	\$2075.21
Examens préliminaires	1625.00
Honoraires des Licences.....	3770.00
Examens des sages-femmes	170.00
Intérêt sur dépôts	24.41
Dividende, Banque de Montréal.....	308.00
Banque d'Epargne (Livret).....	703.50

RECETTES.—(Suite.)

Dr. Fenwick, règlement de compte.....	735.17
Dr. Rottot, pour payer le Dr. Robillard.....	30 00
Produit de la vente de deux parts de la Banque de Montréal.....	525.00
	<hr/>
	\$9966.29
Reçu depuis lors.....	1740.00

DÉPENSES.

Gouverneurs	\$2390.00
Assesseurs.....	1316.60
Examineurs	970.00
Impressions.....	791.26
Secrétaires.....	300.00
Régistrateur.....	450.00
Trésorier.....	150.00
Remises.....	547.00
Frais judiciaires.....	1192.46
Annonces	476.68
Commission sur Enregistrement.....	361.00
Estampilles et Télégrammes.....	88.33
Canada Guarantee Co., Police de garantie du Trésorier.....	20 00
Portier	30.00
Frais de voyage.....	42.70
Charretiers	28 45
Bill Médical	26.00
Auditeurs pour examiner les livres du Dr. Fenwick	26.00
Papeterie.....	22.29
Boîte en noyer noir	18.00
Pupitre et serrure	4.75
Livres.....	3.30
Copie de Règlements, etc.....	11.50
Commission sur chèques	1.46
Dr. Lachapelle, balance en main.....	532.83
Dr. Larue, balance en main.....	165.68
	<hr/>
	\$9966.29
Dépenses depuis lors.....	315.00
Balance en main.....	2132.51

N. B.—Le Collège de Médecins et Chirurgiens possède en outre 5 parts de la Banque de Montréal valant au pair \$1000.

E. P. LACHAPELLE, M.D.,

Trésorier du Collège des Médecins et Chirurgiens de la P. Q.

Nous, soussignés, auditeurs dûment appointés par le Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, certifions avoir examiné tous les livres de comptes et reçus entre les mains du Régistrateur, des deux Secrétaires

et du Trésorier, et avoir trouvé le tout conforme à l'état financier ci-dessus que nous certifions correct.

Pour prévenir toute complication ou confusion, nous recommandons respectueusement qu'à l'avenir, tous les comptes contre le Collège ne soient payés que par le Trésorier et entrés dans ses livres seulement, après avoir été certifiés corrects par l'officier qui aura contracté la dette et avoir été approuvés par le Président.

Montréal, 13 Juin 1880.

EDMOND B. HOLT,

L. ARCHAMBAULT,

Auditeurs.

MM. les Drs. Lemieux, Gilbert, Perrigo, Marsden, Raymond, Craig, Brunelle, Osler, Rodgers, Lamarche, Meunier, Duchesneau, Dagenais, Brosseau, Beaudry, Austin, Leblanc, P. Laberge, E. Lachapelle, Fafard et Lanouette furent élus scrutateurs.

Puis on procéda à la votation, et chacun ayant déposé son bulletin, les comités de scrutateurs firent le dépouillement du scrutin, qui donna le résultat suivant :

CITÉ DE MONTRÉAL :

Dr. Tassé, 144
J. W. Mount, 126
Edm. Robillard, 211
J. A. Rodgers, 205

DISTRICT DE MONTRÉAL :

Ed. Laberge, 154
L. D. Lafontaine, 208
P. E. Mignault, 172
A. Rivard, 149
J. A. Duchesneau, 149
F. X. Perrault, 316
Jules Prevost, 215
A. Beaupré, 132
H. Ladouceur, 343
J. B. Gibson, 321

CITÉ DE QUÉBEC :

L. Larue, 214
Dr. Wells, 186
Marsden, 319
De St. George, 295
J. A. Garneau, 159
A. G. Belleau, 351
R. F. Rinfret, 196
Parke, 252

DISTRICT DE QUÉBEC :

L. G. Rousseau, 184
C. A. Clément, 151
Théod. Robitaille, 189 *
J. Fortier, 149
J. E. Collet, 151
Chs. Gingras, 185

(*) L'Hon. Théo. Robitaille a eu en sus 163 votes comme candidat pour la Cité de Québec.

H. St. Germain, 142
 Jos. Lanctot, 197
 Hon. Church, 349
 Dr. Cameron, 132

DISTRICT ST. FRANÇOIS :

F. Paré, 157
 E. Ives, 138
 F. D. Gilbert, 164
 F. J. Austin, 209
 E. D. Worthington, 185
 Ths. Larue, 177

C. Rinfret, 171
 A. A. Laferrière, 160
 A. Simard, 190
 O. Bonin, 182
 J. Marmette, 349
 J. Taschereau, 170
 A. T. Michaud, 171

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES :

Hon. Ross, 355
 E. Gervais, 159
 Désaulniers, 181
 G. E. Badaeux, 145

Le comité fit alors rapport à l'assemblée que les Messieurs suivants étaient élus gouverneurs, en y ajoutant les délégués des diverses universités.

CITÉ DE MONTRÉAL : R. P. Howard, R. Craik, E. H. Trudel, W. H. Hingston, A. H. David, F. W. Campbell, Edm. Robillard, T. A. Rodger, J. P. Rottot, E. P. Lachapelle.

DISTRICT DE MONTRÉAL : F. X. Perrault, Jules Prévost, N. H. Ladouceur, J. B. Gibson, Jos. Lanctot, L. R. Church, P. E. Mignault, Ed. Laberge, L. D. Lafontaine.

CITÉ DE QUÉBEC : C. E. Lemieux, J. A. Sewell, Wm. Marsden, E. A. de St. George, L. Larue, R. E. Rinfret, Sur., C. S. Parke.

DISTRICT DE QUÉBEC : Théodore Robitaille, L. G. Rousseau, J. Marmette, O. Bonin, Alfred Simard, Chs. Gingras, C. Rinfret (élu par le vote prépondérant du Président).

DISTRICT DE ST. FRANÇOIS : F. J. Austin, Ths. Larue, E. D. Worthington.

DISTRICT DE TROIS-RIVIÈRES : J. J. Ross, E. Gervais, D. Désaulniers.

Il est ensuite proposé par M. le Dr. Hingston, secondé par M. le Dr. Gibson que le Bureau des Gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens, représentant la profession médicale de la Province de Québec, est et doit être le gardien de l'honneur, de la dignité et des intérêts de la profession, et

qu'aucune législation affectant ses intérêts ne doit être présentée à la législature sans avoir été au préalable considérée par le Bureau des Gouverneurs du collège, et par la profession en général, si le Bureau le juge nécessaire.

Et l'assemblée s'ajourne.

Maintenant qu'est écoulé le terme d'office du Bureau des gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, nommé à Trois-Rivières le 11 juillet 1877, un nouveau Bureau est constitué par le vote de ce jour. Si le premier Bureau n'a pas pu se soustraire à certaine influence néfaste, nous n'avons aucun doute que les nouveaux gouverneurs, et surtout les officiers, seront assez indépendants pour éviter les écueils où ont échoué leurs prédécesseurs.

Bureau des Gouverneurs.

Le nouveau Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec s'assembla au même lieu, le 15 juillet, à 10 heures 30 minutes P.M.

Etaient présents : MM. les Docteurs J. P. Rottot, E. H. Trudel, Wm. Marsden, N. H. Ladouceur, L. Larue, J. Marmette, C. E. Lemieux, T. A. Rodger, A. H. David, Edm. Robillard, R. P. Howard, R. Craik, E. D. Worthington, Jos. Lanctôt, W. H. Hingston, F. J. Austin, E. P. Lachapelle, F. X. Perrault, F. W. Campbell, A. G. Belleau.

MM. les Drs. F. X. Perrault et E. P. Lachapelle sont nommés scrutateurs.

L'élection des officiers donna le résultat suivant :

Président : Dr. R. P. Howard, Montréal ;

Vice-Présidents : Drs. E. H. Trudel, Montréal, et C. E. Lemieux, Québec ;

Régistrateur : Dr. L. Larue, Québec ;

Trésorier : Dr. E. P. Lachapelle, Montréal ;

Secrétaires : Dr. A. G. Belleau, Québec, et Dr. F. W. Campbell, Montréal.

Le nouveau Président prend de suite le fauteuil.

Un vote de remerciements est voté au Président sortant de charge, sur motion du Dr. Gibson, secondé par le Dr. Larue.

Le Bureau procéda ensuite à la nomination des assesseurs pour les diverses facultés de médecine. Les Messieurs dont les noms suivent sont choisis comme assesseurs :

Pour l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal : MM. les Drs. C. F. Painchaud, sénior, Varennes, et Angus C. Macdonell, Montréal.

Pour l'Université McGill : MM. les Drs. L. R. Church, Aylmer, et P. E. Mignault, Acton Vale.

Pour le Collège Bishop : MM. les Drs. J. B. Gibson, Durham, et Edm. Robillard, Montréal ;

Pour la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal : MM. les Drs. J. Reddy, Montréal, et O. Raymond, Montréal.

Pour l'Université-Laval, Québec : MM. les Drs. W. Marsden et P. Wells, Québec.

Sur proposition du Dr. Lanctot, secondé par le Dr. Campbell, des remerciements sont unanimement votés aux officiers sortant de charge.

Proposé par le Dr. Campbell, secondé par le Dr. Perrault, que le nouveau Président et le Président sortant de charge forment un comité pour aviser aux meilleurs moyens à prendre contre le charlatanisme, et faire rapport à la prochaine assemblée.

Proposé par le Dr. Rottot, secondé par le Dr. David, que le même comité pour la révision du tarif soit continué jusqu'à la prochaine assemblée.

Et la séance est levée.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DES HERNIES.

Leçon de M. le Professeur Munro, recueillie par M. Stanislas Gareau,
Etudiant en médecine.

J'ai rencontré plusieurs cas extraordinaires de hernie inguinale. Je ne citerai que les suivants que j'ai vus à l'Hôtel-Dieu :

OBSERVATION 1.—L'opération fut pratiquée en présence du Dr. Peltier et autres médecins présents. Après avoir débridé sur l'ouverture interne il a fallu diviser trois autres strictures formées par le mésentère ou l'omentum, avant que de renvoyer l'intestin dans l'abdomen. Ce cas a bien réussi et il est probable que si l'on n'eut pas aperçu ces étranglements, le malade aurait succombé.

OBSERVATION 2.—Cette fois j'étais assisté par le Dr d'Orsonnens. J'ai trouvé le testicule accolé sur l'intestin. Après avoir débridé, je renvoyai l'intestin dans l'abdomen sans toutefois détruire les adhérences entre le testicule et l'intestin. Mon malade se trouva mieux quelques temps après et j'eus un succès complet. Ceci me rappelle à l'idée un autre cas où à l'âge de puberté le testicule n'était pas encore descendu dans le scrotum. Ce jeune homme fut opéré par un de mes confrères et amis de Montréal. Chose assez rare on y remarquait des adhérences légères du testicule avec le péritoine. On détruisit ces adhérences par le scalpel pensant qu'il n'en résulterait aucun mauvais résultat, cependant une péritonite aiguë survint et emporta le malade dans les 24 heures. Ceci nous fait croire que dans le cas plus haut cité j'avais bien fait de ne pas détruire les adhérences entre le testicule et l'intestin.

HERNIE CRURALE.

La hernie crurale a lieu sous le ligament de Poupart et en dedans du ligament de Gimbernat. Le canal crural se trouve placé en dedans de la gaine des vaisseaux cruraux séparés de

la veine crurale par un septum celluleux renfermant quelques glandes lymphatiques. Il présente deux ouvertures, l'une supérieure appelée l'anneau crural, borné en avant par le ligament de Poupart, en dedans par le ligament de Gimbernat, en dehors par la veine femorale, en arrière par la branche horizontale du pubis. La seconde ouverture appelé ouverture saphénique se trouve dans le *fascia lata* de la cuisse. Cette ouverture donne entrée à la veine à sa partie inférieure.

Les enveloppes de la hernie crurale sont de dedans en dehors, outre le sac péritonéal, le tissu cellulaire sous péritonéal, le *septum crurale* dans l'anneau crural, le fascia cribrosa et le fascia superficiel qui s'attache autour de l'ouverture saphénique et rempli de petits vaisseaux, veines et artères.

L'artère qui a rapport avec la hernie crurale est l'artère obturatrice venant dans l'état normal de l'iliaque interne mais quelques fois il y a anomalie, cette artère venant de l'épigastrique, ou bien une branche de communication existe entre les deux, dont l'une peut être lésée pendant l'opération. Dans l'opération de la hernie crurale nous avons à suivre la règle de Sir A. Cooper qui nous fait éviter l'artère épigastrique qu'elle soit oblique ou droite.

Dans la hernie crurale il arrive que si l'artère obturatrice est lésée, le malade meurt par suite d'hémorrhagie interne.

STRICTURE. D'après Sir A. Cooper la stricture a lieu sur le devant du canal crural qu'il faut ouvrir après avoir coupé en dedans sur le ligament de Gimbernat une ligne ou deux seulement ou sur le ligament de Haye's ou ileo-femoral situé à la réunion des ligaments de Poupart et de Gimbernat. Il faut couper le moins possible ou bien pratiquer plusieurs petites ouvertures. Le couteau dont on se sert doit être aiguisé, on peut à cet effet le passer sur le dos d'un autre scalpel ou sur le tranchant d'un bistouri. L'on se sert ordinairement du couteau de Sir A. Cooper que je vous ai déjà montré. Voici comment les incisions externes peuvent être

faites soit en forme de \neg ou \neg , ou longitudinalement. Une fois arrivé à la stricture il faut couper le moins possible et forcer l'ouverture avec l'ongle du doigt ou encore avec la petite sonde canelée droite.

CONTENU DU SAC : Le plus souvent l'on trouve dans le sac une portion d'intestin accolé au sac ou bien séparé par un peu de sérum. On a même trouvé dans des hernies anciennes de 7 à 10 $\frac{3}{4}$ d'omentum, les ovaires ou les trompes de Fallope.

La hernie crurale peut avoir encore lieu en dehors des vaisseaux. Si vous opérez et que l'étranglement existe, prenez garde à l'artère circonflexe iliaque. Maintenant voici les maladies qu'il ne faut pas confondre avec la hernie crurale : les engorgements lymphatiques, tumeurs graisseuses, les abcès psoas ou froids par congestion, le varix de la veine saphé-
nique.

TRAITEMENT.—Il faut opérer de bonne heure de peur que la gangrène ne survienne. J'ai vu la gangrène avoir lieu avant 36 heures. Si toutefois la gangrène survenait avant 36 heures, il faudrait encore opérer et faire en sorte d'établir un anus artificiel et couper l'*éperon* formé par la hernie au moyen de l'enthérotome du Dupuytren ou bien d'après le Dr Physick, de Philadelphie, avec une aiguille courbe. Pour la hernie crurale, il faut porter un bandage herniaire avec une pelotte concave. Ainsi donc, si l'on veut obtenir des succès, il faut opérer de bonne heure, quand il n'y a pas de gangrène, et employer la méthode de Luke, qui consiste à ne pas ouvrir le sac péritonéal. L'ouverture de la hernie sans ouvrir le sac a eu lieu en 1718. Cette méthode fut abandonnée pendant un certain temps, puis elle trouva des adeptes dans la personne de Luke et autres. Luke, qui a eu une grande expérience sur ce sujet a opéré 87 cas de hernie, dans 25 cas le sac a été ouvert et 8 sont morts, tandis que sur 59 cas où le sac n'a pas été ouvert, d'après la méthode de Petit, 7 sont morts.

Le succès de cette opération est plus grand dans la hernie

crurale que dans la hernie inguinale, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas de gangrène et que la hernie ne soit pas très-volumineuse et irréductible. On ne doit pas opérer en coupant, en dehors et en haut pour éviter la veine fémorale car on peut diviser l'artère épigastrique et le cordon spermatique.

OBSERVATION 3.—Maintenant, voici un cas de hernie crurale qui peut vous intéresser. Le malade souffrait d'une légère douleur dans l'aîne, il existait une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Le Dr. Sutherland, alors professeur à l'Ecole, tint consultation avec moi sur ce cas. Il me conseilla de lui donner un calmant et faire appliquer des cataplasmes, disant que c'était peu de chose, un engorgement quelconque des glandes. Le lendemain, à ma grande surprise, j'appris la mort de mon malade. Je fis l'autopsie, et tout en enlevant cette petite glande, je trouvai un anse d'intestin gangrené. Si un cas semblable se présentait dans votre pratique, je vous conseillerais de ne pas vous laisser surprendre et d'opérer afin de vous assurer s'il y a hernie ou non.

RÉDUCTION EN MASSE.—Il arrive des cas où le taxis ayant été pratiqué légèrement, l'intestin a paru être entré dans l'abdomen, et après la mort on a constaté que l'intestin était placé entre le péritoine et les muscles abdominaux. C'est ce que nous appelons réduction en masse. Cette réduction se fait spontanément. Dans des cas semblables, il faudrait opérer afin de détruire la stricture.

Outre les quelques moyens dont j'ai fait mention plus haut pour la guérison de la hernie, en voici quelques autres qui n'ont pas moins leur importance. Dans ces derniers temps, Wutuger de Boorn a adopté une méthode pour la guérison radicale de la hernie inguinale réductible. Cette méthode est appelée invagination du scrotum, et par ce moyen devrait avoir lieu la fermeture du canal inguinal. Outre les dangers de la péritonite, l'invagination du scrotum semble donner peu de succès.

Maintenant, Messieurs, qu'auriez-vous à faire s'il y avait

lésion des intestins pendant l'opération. Voici : si l'ouverture est petite on saisit l'intestin avec le forceps tout autour de l'ouverture et on l'entoure d'une ligature ronde et petite ; si, au contraire, l'ouverture est grande, il faut se servir de la ligature de Glover (Glover's stitch). La hernie inguinale peut aussi se guérir par un anus artificiel ou par une fistule fécale. Si l'ouverture est seulement fistuleuse, la compression exercée par la pelotte herniaire permettra quelquefois une guérison spontanée. On doit chercher ensuite à diminuer la valvule, connus sous le nom d'éperon, au moyen de l'enthérotome de Dupuytren, comme cité plus haut.

(A continuer.)

Bromure d'Éthyle.

Lecture devant la Société Médicale de Montréal par W. H. HINGSTON, M.D.,
L. R. C. S. E., D. C. L., chirurgien de l'Hotel-Dieu.

L'éthyle, le méthyle, et le formyle paraissent avoir une grande similarité d'action sur l'économie, surtout quant à leurs propriétés anesthésiques.

Pendant plusieurs années, le chloroforme a joui d'un prestige qui n'était contesté que par l'éther ; et l'Océan Atlantique semblait diviser les champions de leur valeur relative. — Les praticiens anglais s'en tenaient en grande partie, à la découverte de Simpson ; et ceux des États-Unis à l'anesthésique de l'École de Boston (je ne nomme pas son nom, car la moderne Athènes n'a pas encore décidé qui devait remporter la palme de priorité pour l'introduction de l'éther.) En Canada, on s'est servi le plus généralement du chloroforme. Je puis dire que, jusqu'à ces dernières années, on l'a à peu près exclusivement employé dans les hôpitaux et les dispensaires. Comme je n'ai pas rencontré d'accidents sérieux dans l'administration de l'un ou l'autre de ces anesthésiques, j'en suis venu à regarder *les deux* avec confiance, et sans aucune crainte.

Cependant, on rapporte de temps à autre des cas de mort par l'éther ; et encore plus fréquemment par le chloroforme ; et ceci, entre les mains des chirurgiens les plus compétents. Mais je suis persuadé que ces mauvais résultats seraient moins fréquents, si ceux qui administrent l'un ou l'autre de ces anesthésiques consacraient leur attention *entière* à leur ouvrage, et ne s'occupaient pas, comme c'est trop souvent le cas en chirurgie, des faits et actes de l'opérateur.

Cependant, comme je viens de le dire, des cas de mort sont rapportés, et on continuera sans doute à en signaler à l'avenir. Notre désir à tous est d'en réduire le nombre au minimum.

Il y a une couple d'années, sur la recommandation de Spencer Wells, j'ai fait usage du bichlorure de méthylène (C H₂ C l₂) me servant de celui que préparent J. Robbins & Cie., Londres, Ang. Il a la couleur, à peu près le goût, et presque l'odeur du chloroforme. Je ne pouvais percevoir de différence dans son action, mais trouvant une grande différence de prix, j'en discontinuai l'usage. Spencer Wells prétend que le vomissement est moins fréquent avec le bichlorure de méthylène qu'avec le chloroforme, mais comme je n'ai pas remarqué fréquemment le vomissement si le chloroforme est administré avec soin et précaution, je ne voyais pas de différence sous ce rapport. A l'hôpital et au dehors, j'ai employé indifféremment l'éther et le chloroforme ; pour les opérations lentes et prolongées, je produisais généralement l'anesthésie complète avec le chloroforme, et j'entretenais cet état avec l'éther.

Il y a quelque temps, l'éther hydrobromique fut signalé à la profession dans le "*Medical Press*," et surtout dans le "*Philadelphia Medical Times*" par le Dr. R. J. Levis. M'en étant procuré une quantité de la Maison Wyeth, je vais en exposer en peu de mots les résultats.

On l'administra, suivant mon habitude pour le chloroforme, sur une épaisse serviette repliée en cône. L'air était exclu, excepté pour les personnes âgées, comme je le fais ordinairement pour le chloroforme ou l'éther. Mais, tandis que je ne

mésure jamais la quantité de chloroforme, ou que je n'examine pas le pouls, on y fit attention avec le nouvel anesthésique, en en mesurant la quantité, et en examinant le pouls fréquemment.

Je fus d'abord étonné de la rapidité d'action du bromure, en comparaison de l'éther et du chloroforme, pour produire l'anesthésie complète ; et encore plus de la promptitude à recouvrer la connaissance. Si prompt était en effet ce retour que des personnes présentes croyaient dans quelques circonstances que le patient n'avait pas subi son influence.

Il n'y eut de difficulté à produire l'anesthésie que dans un seul cas. Chez un jeune homme musculaire et vigoureux, la tentative fut trop soudaine, et sans que mon assistant l'avertit qu'il était pour le mettre sous l'influence du bromure. Le patient manifesta une excitation cérébrale considérable, et sa violente résistance musculaire rendit excessivement difficile l'application convenable de la serviette. Ce fut là la seule exception à ce qu'on observa dans tous les autres cas, et il aurait été facile de l'éviter en le mettant aussi promptement sous l'influence, mais avec l'assentiment du malade, car plus cet anesthésique est inhalé avec facilité, plus le patient en subit promptement l'influence. A part cette exception, il n'y eut à peine aucune émotion ou effort, si ce n'est dans le cas d'un enfant, qui ne pouvait apprécier les moyens auxquels on le soumettait. Comme c'est le cas pour les autres anesthésiques, il y avait augmentation de la rapidité de l'action du cœur, et plus grande tension artérielle générale, suivant l'expression du Dr. Levis. Avec accroît de vitesse de l'action du cœur, il y a, comme on peut le supposer, plus grande fréquence des mouvements respiratoires, mais moindre qu'avec l'éther ou le chloroforme ; et moins d'efforts qu'avec le gaz oxide nitreux.

Je n'ai pas remarqué de vomissement dans un seul cas, et ceci seul paraîtrait lui donner un grand avantage sur le chloroforme ; quoique le vomissement survienne plus souvent qu'il ne devrait, à cause de la manière en grande partie défec-

tueuse de l'administrer. Cependant le vomissement survient quelquefois nonobstant tous les efforts pour le prévenir.

Les notes suivantes sur les résultats obtenus avec ce nouvel anesthésique ne sont pas aussi complètes qu'on pourrait le désirer. On peut l'expliquer en disant que je n'ai jamais eu l'habitude de mesurer la quantité de chloroforme ou d'éther administrée à un patient, et durant l'emploi d'aucun anesthésique de faire attention au pouls. Je n'examine en effet que rarement le pouls soit au poignet ou ailleurs, étant fermement convaincu que, si la mort survient, le cœur est toujours le *dernier* à enregistrer ce pénible événement.

En essayant le bromure d'éthyle, je ne fis, en général, aucune attention au pouls ; mais, lorsqu'il fut observé, ce fut soit par mon collègue le Dr. Brunelle, ou par l'interne Mr. St. Jacques, mon clerc, Mr. Bastien, ou par moi-même. Cependant ce ne fut, ni par eux, ni par moi, pour les raisons ci-dessus, avec l'exactitude qu'on a observé à Paris lorsqu'on fit l'épreuve de ce nouvel anesthésique.

Les premiers essais eurent lieu à l'Hotel-Dieu, dans la ville ainsi qu'à Belœil.

10. Dme P. M., âge : 26 ans. Réduction de hernie fémorale. 3r. ijss de bromure d'éthyle, C2 H5 Br. En deux minutes anesthésie complète, qui dura sept minutes. Cinq secondes après la réduction, c'est-à-dire après avoir enlevé le cornet, la malade avait recouvert toute sa connaissance. On ne fit pas attention au pouls dans ce cas, mais la respiration fut à peine plus fréquente. Aucun ronflement ; pas de vomissement ; et le retour à la connaissance subite et parfaite fut aussi prompt qu'après l'inhalation du gaz hilariant. Une des sœurs de l'hôpital et Mr. Bastien étaient présents.

20. Squirrhe du sein.—Dme———âge : 38 ans. Le pouls avant l'opération était à 74, mais en aucun temps durant l'opération il ne fut audessus de 80. La respiration fut à peine troublée ; et l'anesthésie fut complète en 55 secondes ; et on la continua durant 18 minutes, avec 3r. vss de C2 H5 Br. Les médecins de l'hôpital étaient présents.

30. Pied-bot double.—Le patient âgé de 6 semaines. Anesthésie complète en 30 secondes. Elle fut continuée durant la division du fascia plantaire et des tibiaux postérieurs des deux côtés. En moins de quatre secondes après avoir enlevé l'anesthésique la connaissance complète revint avec l'éveil complet. Le Dr. Perrault, de Belœil, outre les médecins de l'hôpital, était présent.

40. Hon. Mr. O., âge : 55 ans. Examen du coude. 3ii furent administrées ; il y eut excitation considérable, vu que l'anesthésique avait été trop tôt supprimé ; 3ii de plus produisirent l'état d'insensibilité voulue, et presque aussitôt après son ablation revint la connaissance parfaite. Le Dr. Brunelle était présent.

50. Amputation au-dessus du poignet.—Patient L. M., de Belœil, âge : 72 ans. Le Dr. Perrault, qui administra l'anesthésique, sans en être informé, fut satisfait de son action. On ne tint aucun compte de la quantité employée dans ce cas. La connaissance fut complète en enlevant la serviette.

60. Pied-bot double, le même que cas No. 3, ci-dessus. Ce fut pour la division des tendons d'Achille. L'anesthésique fut administré comme dans le cas précédent, mais on permit au petit malade de dormir, comme on le devrait après le chloroforme ou d'autres anesthésiques. Le Dr. Perrault était présent.

Ces deux opérations ont été faites à Belœil.

70. Recherche de pierre dans la vessie.—Dans ce cas je confiai l'anesthésique au Dr. Finnie, qui l'administra sans en connaître la nature. Le Dr. Finnie en fut tout-à-fait satisfait.

80. Ablation d'hémorroïdes.—Une femme âgée de 30 ans. La quantité employée fut minime, pas plus de 3jss. L'anesthésie fut promptement produite, et les hémorroïdes enlevées, mais il y eut relâchement des sphincters de la vessie et du rectum. Malgré l'anesthésie complète que dénote cet événement, l'intelligence fut presque instantanée en enlevant la serviette.

90. Anesthésie pour l'ablation d'une portion du maxillaire

inférieur chez une personne adulte.—L'opération fut longue, pendant laquelle on continua l'anesthésique, le nez et une partie de la bouche étant recouverts de la serviette pendant l'opération. L'insensibilité continua dans ce cas longtemps après la fin de l'opération et l'ablation du bromure; et la malade paraissait expansive dans ses démonstrations d'amitié.

Il ne serait d'aucune utilité de mentionner d'autres cas où l'on n'a pas observé aucun symptôme d'intérêt spécial.

Le bromure d'éthyle a maintenant remplacé en partie, pour un temps du moins, les autres anesthésiques à l'Hotel-Dieu; et comme on n'a remarqué rien d'intérêt particulier, je n'en signalerai aucun autre caractère. En pratique privée, j'ai souvent eu occasion de l'employer depuis que j'ai commencé à en faire usage à l'hôpital, et d'après mon expérience, jusqu'à aujourd'hui, je suis disposé à lui donner la préférence sur le chloroforme, vû son action plus agréable et plus douce. Il possède un très-grand avantage sur l'éther: le bromure d'éthyle pur n'est pas inflammable. Cette qualité du nouvel anesthésique sera dûment appréciée par le chirurgien qui ajoute, à son arsenal habituel, des lampes et des pulvérisateurs, semblant dire aux germes de maladie: "Tu iras jusque là, et pas au-delà."

Comme l'introduction du bromure d'éthyle est de date récente, et qu'on l'emploie déjà beaucoup dans les Etats avoisinants, les manufacturiers cherchent chacun à faire prévaloir leur production devant la profession. Il est évident qu'ils n'ont pas tous obtenu le même succès, et on en a présenté plusieurs variétés; l'un contient tellement d'éther qu'il s'enflamme; un autre est si désagréablement âcre et irritant qu'on ne peut l'inhaler facilement. D'après ce que j'ai appris, une seule variété est parvenue à Montréal, celle de Wyeth, de Philadelphie. Je me suis procuré, d'abord de Mr. Gray, et ensuite des manufacturiers, un article qui paraît posséder l'odeur particulière, cependant agréable, et cette qualité d'incombustibilité qui doivent caractériser la substance convenable.

Il suffit de dire que je n'ai employé le chloroforme et l'éther soit à l'hôpital ou en pratique privée qu'une fois ou deux depuis que j'ai commencé à me servir du bromure d'éthyle, et les conclusions auxquelles j'en suis venu d'après une expérience courte, il est vrai, mais que je crois suffisante, sont :

10. Que le bromure d'éthyle, ou comme on l'appelle indifféremment, l'éther hydro-bromique, est un anesthésique de grande valeur.

20. Qu'étant moins âcre que l'éther et moins irritant que le chloroforme, il peut être administré avec plus de facilité qu'aucun d'eux.

30. Que son action est bien plus rapide que celle de l'éther, et même plus prompte que celle du chloroforme.

40. Que la circulation et la respiration sont bien moins influencées que par l'éther ou le chloroforme.

50. Qu'il y a moins de résistance et d'efforts de la part du malade.

60. Que, d'après mon expérience limitée, le vomissement est moins fréquent qu'après le chloroforme ou l'éther.

70. Qu'en aucun cas il y eut disposition à la syncope.

80. Que son élimination est beaucoup plus rapide que celle d'aucun autre anesthésique, à l'exception du gaz hilarant.

Si les propositions ci-dessus sont parfaitement établies, il s'ensuit, comme corollaire évident, que le bromure d'éthyle est un, et sous quelques rapports, le plus précieux de tous les anesthésiques employés jusqu'ici.

Je borne mes observations à l'usage de bromure d'éthyle en chirurgie. Il reste en grande partie à reconnaître quel secours l'accoucheur pourrait en obtenir. Le Dr. Turnbull prétend que, à la dose d'une cuillerée à soupe lorsque les douleurs sont intenses et pénibles, il produit un soulagement aussi prompt que l'éther, et que cependant il n'intervient en rien avec les efforts expulsifs. La quantité paraît considérable, et indique qu'on l'a administrée comme on fait habituellement du chloroforme en obstétrique, grandement mé-

langé à l'air; tandis que, dans tous mes cas de chirurgie, je me suis toujours efforcé, à part chez les personnes âgées, d'exclure l'air autant que possible.

DE LA NATATION.

Considérée comme modificateur hygiénique et thérapeutique.

(Lecture devant l'Institut Médical de Montréal.)

La natation, le premier exercice de la gymnastique, fut en honneur presque de toute antiquité. Dans les plus beaux jours de la Grèce elle faisait partie de l'éducation physique si solide et si soignée des jeunes Spartiates. Les soldats romains lui devaient cette santé et cette vigueur qui les mettaient en état de soutenir les marches les plus longues et les plus pénibles, chargés de tout leur matériel de bataille et de campement. Chez eux, quand on voulait qualifier un parfait ignorant, on disait de lui: "il ne sait ni lire ni nager." Comme il serait à désirer, que l'on fit de nos jours comme au moyen âge, où, tous les samedis la cloche communale invitait les ouvriers à venir dans l'eau limpide de la rivière se débarrasser de l'épaisse couche de poussière qui induisait leurs membres et qu'ils avaient contractée dans le rude exercice de leur profession.

On trouve dans cet exercice deux puissants modificateurs de la thérapeutique et de l'hygiène: l'hydrothérapie et la gymnastique dont l'extension prise de nos jours est une juste récompense des bienfaits répandus sur ceux qui en ont usé, avec discernement.

Pour mieux établir le rapport qu'a la natation avec ces deux modificateurs, j'ai cru convenable de la considérer sous ces deux points de vue; de là deux parties auxquelles sera ajoutée une troisième sur l'hygiène propre de la natation ainsi que sur les accidents qui menacent la vie du nageur et les moyens d'y remédier.

Efets physiologiques des bains.—Une sensation assez désagréable et un frisson plus ou moins prononcé selon la température du bain et la constitution de la personne, sont les premiers effets des bains frais ; mais le corps va ensuite en se rafraîchissant et le malaise d'abord éprouvé fait bientôt place à un sentiment de bien-être difficile à décrire et tel que ceux seuls qui en ont fait l'expérience peuvent se le retracer. Ce froid éprouvé irait toujours *crescendo*, si l'économie ne réagissait pas en dépensant dans ce but le trop plein de chaleur animale dont elle peut alors disposer. C'est là l'explication du rafraîchissement qui suit toujours un bain modéré, de cette souplesse, de cette force dans les mouvements de celui qui vient de le prendre ; mais c'est aussi de là que se tire l'indication de ne pas aller plus loin. Vous êtes venu prendre un tonique et un sédatif, mais non pas un spoliatif ni un stupéfiant. Cependant c'est bien le sort qui attend le nageur imprudent qui voudrait dépasser ces bornes. Car, arrive le second frisson, l'abdomen devient zébré de stries et de taches bleuâtres attestant le froid dont est saisi l'organisme, survient de l'horripilation, de la raideur dans les articulations, il y a quelquefois des *points* et un sentiment de gêne extrême, de pesanteur et de forte pression à la région épigastrique. Il est à remarquer que la fréquence de ce phénomène est en raison directe de l'abaissement de la température, de la durée du bain et de la brièveté de l'intervalle écoulé depuis le dernier repas. Enfin, les crampes viennent souvent compliquer l'état de gêne du nageur et on les dit quelquefois si violentes que de paralyser les mouvements de celui-ci et mettre ses jours dans un éminent danger.

Massé a dit :—“ Un bain frais devient échauffant, par conséquent débilitant, quand il est de trop longue durée. Si ces baigneurs intrépides, qui dans un jour de loisir, consacrent plusieurs heures de suite au plaisir de la natation ne sortent pas de l'eau fatigués, éreintés, malades, c'est qu'ils ont joint l'action réparatrice des mouvements et cette source de chaleur qu'on appelle gymnastique.” Le fait est, que “ l'action

réparatrice des mouvements" ne suffit pas toujours pour épargner au nageur la plupart de ces inconvénients ; souvent il arrive que la sortie du bain est marquée par une sorte d'ivresse qui rend la tête alourdie et la démarche chancelante.

Tels sont les effets observés pendant le bain, si celui-ci n'est pas en proportion dans sa durée à la constitution de celui qui s'y livre. La trop grande fréquence n'a pas moins d'inconvénients. On a vu ces baigneurs insatiables en proie à une extrême langueur, à une nonchalance d'esprit et de corps, à une torpeur invincible, et le visage empreint d'une certaine expression d'hébétéude. L'exercice intellectuel répugne, et la force manque pour les travaux manuels.

Effets thérapeutiques des bains.—Autant l'abus cause de torts, autant l'application bien entendue et bien dirigée exerce une influence heureuse sur toute l'économie. Les bains entretiennent la peau dans ses fonctions dépuratives, assurant au sang sa pureté normale, et contribuant par là à donner de la vigueur à tout le système. En outre, celui-ci contracte, par l'habitude de réagir, le pouvoir de se soustraire en grande partie aux influences fâcheuses des variations atmosphériques. Les chaleurs de l'été sont moins énervantes et les froids rigoureux moins redoutables et mieux supportés. C'est là un fait dont il est facile de constater l'exactitude.

Personne ne conteste que les bains jouissent de propriétés sédatives et toniques du système nerveux. Aussi les a-t-on recommandés dans les troubles de ce système. La chorée, l'épilepsie et autres ont tour à tour été traités avec succès par les bains. Mais le triomphe de cette médication est certainement dans la débilité de constitution provenant de mauvaises conditions hygiéniques, et la faiblesse prématurée causée par les pertes séminales, qu'elles soient volontaires ou non. L'extrême lassitude d'esprit résultant de travaux intellectuels opiniâtres et prolongés trouve aussi dans les bains le seul traitement, peut-être, qui leur convienne. Napoléon Bonaparte disait : qu'une heure de bain lui valait deux heures d'un profond sommeil. Enfin, on a recommandé les bains

dans certains cas de dyspepsie et souvent les succès obtenus ont dépassé toute espérance.

Ces avantages ne sont pas à dédaigner et le succès manque rarement de couronner les efforts de ceux qui ont employé les bains avec modération et discernement. Mais que ne doit-on pas espérer de la combinaison de cette médication avec la gymnastique, que Devay a définie : " L'art de régler les mouvements du corps de manière à développer ses forces, à augmenter son agilité, sa souplesse, sa stabilité ; à maintenir ou rétablir la santé ; à servir enfin au développement des facultés tant morales que physiques." "*Mens sana in corpore sano.*"

La natation n'est pas naturelle à l'homme, elle est le fruit de l'art ; et la difficulté de nager pour l'homme ne vient pas de la pesanteur spécifique, comme on pourrait être porté à le croire, elle est due à la prépondérance en poids du train antérieur sur l'arrière-train, prépondérance qui porte l'apprenti nageur à planter le chêne, comme on dit vulgairement.

En effet, un homme de constitution ordinaire, haut de 1m 75 et pesant 78 kil. déplace 75.20 litres d'eau, ce qui donne pour la moyenne densité 1010. Ce qui fait que le poids de l'homme ne dépasse le volume d'eau que de deux litres et quatre cinquièmes, somme largement compensée par la quantité d'eau déplacée après une forte inspiration et qui s'élève à trois ou quatre litres et demi. Si à cela on ajoute les mouvements propres à la natation, on peut aisément se convaincre qu'il n'y a rien à craindre de la pesanteur spécifique.

Nager et décrire la natations ont deux choses différentes. On peut se convaincre de la difficulté qu'offre la description du mécanisme des mouvements quand on réfléchit qu'un acte aussi simple que celui de la marche a longtemps été le sujet d'erreurs de la part des physiologistes et que pendant nombre d'années nos jambes ont passé pour des *pendules oscillants*.

Mais comme l'art de nager s'apprend plutôt par l'exercice que par des descriptions, nous nous dispenserons d'en énoncer les principes.

La variété des mouvements nécessaires fait concevoir la

souplesse, la force et l'élasticité qu'exige cet exercice de la part de celui qui s'y livre. Presque tous les muscles y sont intéressés, ceux du thorax inclusivement. De là, l'indication de cet exercice chez les jeunes gens, dont la poitrine étroite et déprimée offre tous les signes de l'affaissement des organes thoraciques. On a vu de ces sujets, voués à la phthisie pulmonaire, qui, après avoir fait un usage judicieux des exercices gymnastiques, de celui qui nous occupe en particulier, ont pu prendre une force qu'ils n'avaient jamais connue auparavant et lutter d'adresse et de vigueur avec des camarades jugés plus forts qu'eux, car "dans les exercices mêmes qui exigent de la force, ce ne sont pas toujours les enfants les plus robustes qui réussissent le mieux, et les progrès sont bien plus rapides que ne le peut être l'accroissement des muscles, car l'éducation musculaire procure une économie de force, elle permet d'en tirer le meilleur parti possible, par conséquent d'en prolonger l'action plus longtemps, par cela même que l'habitude procure plus de justesse et de précision dans les contractions." Enfin, s'il est vrai qu'un exercice est d'autant plus profitable qu'il met en jeu un plus grand nombre de muscles, il faut avouer qu'il en est peu qu'on puisse opposer à la natation.

Contre-indications des bains.—Cependant, un si précieux modificateur a ses contre-indications, nous allons les exposer en peu de mots. Ce sont : les sujets pléthoriques : l'exercice de la natation, pris au grand air, le plus souvent en plein soleil ne ferait que favoriser leurs dispositions aux raptus sanguins, à l'apoplexie. — Les anevrysmatiques ou ceux qui souffrent d'une maladie de cœur : L'accélération de la circulation et les efforts quelquefois violents nécessités pour se tirer d'un mauvais pas pourraient déterminer la rupture des gros vaisseaux et des hémorrhagies mortelles. Les individus sujets aux catarrhes ne feraient qu'exaspérer leur mal, car il entre dans leur hygiène d'éviter les variations de la température ; ceux enfin qui sont sujets aux odontalgies ne sortent le plus souvent du bain que pour aller chez le dentiste, ils ont là leur compte et n'y retournent plus.

Hygiène de la natation.—Quel est le meilleur temps pour prendre le bain ? C'est selon le but que vous vous proposez. Si c'est dans un but d'hygiène, le soir, après le coucher du soleil, ou mieux encore, le matin, à son lever. Mais un bain peut être prolongé d'autant plus longtemps qu'il est pris dans une période plus chaude de la journée. Dans tous les cas, il est également désavantageux pour la santé et contraire au libre exercice des mouvements de se mettre à l'eau avant que la digestion soit terminée ; 2, 3 ou 4 heures après le repas, selon les sujets, est un intervalle raisonnable.

N'allez jamais vous jeter à l'eau après un violent exercice, l'arrêt brusque de la transpiration est condamné par l'hygiène ; mais plutôt, exposez à l'air, trois ou quatre minutes le corps dépouillé de ses vêtements tout en vous défiant du soleil.

Gardez-vous de prolonger sans mesure la longueur de votre séjour dans l'eau ; sortir avant d'éprouver le second frisson est une règle générale.

Plonger la tête la première est une manie dont plusieurs ont eu à se repentir, c'est d'ailleurs un exercice plutôt nuisible qu'utile ; les grands plongeurs deviennent pour la plus part plus ou moins sourds et tourmentés par le mal de tête.

Quel blâme ne mérite pas l'imprudence de ceux qui vont se baigner dans un lieu qu'ils ne connaissent pas ? Il faut se défier des endroits où le courant est impétueux, où la rive est taillée à pic et projette au large de longues chaînes rocheuses, ce sont de vrais nids où pullulent les écrans, les remous et les tourniquets, d'autant plus dangereux que le nageur est moins sûr de lui-même et qu'il possède une moindre force musculaire.

Ne vous risquez jamais au large sans vous faire suivre par une barque qui puisse vous retirer en cas d'accident. Si vous voulez mettre votre adresse à l'épreuve vous le pouvez faire avec plus d'avantage en remontant le cours de l'eau sans vous écarter du bord, vous vous rompez ainsi davantage dans cet exercice en luttant contre la force du courant, et en

cas d'accident, deux ou trois brassées vous mettront hors de péril.

Accidents de la natation.—En première ligne se présente naturellement la crampe. Cependant elle n'est jamais assez violente pour paralyser la plupart des mouvements. Il est d'abord très-rare qu'elle attaque deux membres à la fois, et avec les deux autres membres on va plus loin qu'on ne le croit généralement. Je ne prétends pas faire entendre par là que la crampe n'est rien, au contraire ; mais on en a fait un épouvantail si effrayant qu'il devient sage de prémunir l'opinion publique contre une exagération qui a sans doute causé beaucoup d'accidents, car, dans ces circonstances, la crainte fait quelquefois plus de mal que le mal lui-même.

En parlant de la crampe, je ne saurais passer sous silence un traitement très-efficace. Il consiste à exercer sur le membre atteint de contracture, une constriction au moyen de jarrettières ou de bracelets ; ceux faits de tissu élastique sont de beaucoup préférables. Ceux qui ont employé ce traitement, à la fois préservatif et curatif, l'ont rarement vu faillir.

Mais si la crampe prenait le nageur au dépourvu, qu'aurait-il à faire ? Adopter une méthode de natation qui lui permit de se passer du membre attaqué. La position sur le dos rencontre tous les évènements.

Le nageur se met droit sur le dos, les bras accolés aux côtés, tout le corps étant dans une extension complète, ses inspirations doivent toujours être profondes de manière à introduire autant d'air que possible dans la poitrine ; l'expiration doit être courte pour faire place de suite à une autre inspiration. Il suffit du moindre mouvement des mains pour maintenir sans danger le corps à la surface de l'eau. C'est dans la position sur le dos que le corps offre une moindre pesanteur spécifique. Car dans tous les cas, la face du nageur doit émerger pour les besoins de la respiration et la direction des mouvements. Or, dans toute position autre que sur le dos, la face ne peut émerger sans que la tête entière soit hors de l'eau et joigne au poids spécifique du tronc et des membres toute la valeur de son poids absolu.

Au contraire, la position sur le dos permet d'immerger presque toute la tête qui perd alors de son poids, un poids égal à celui du volume d'eau qu'elle déplace, et fait changer ainsi en l'allégeant la pesanteur spécifique du reste du corps : alors, le moindre mouvement suffit pour le maintenir à la surface de l'eau. Ce procédé, qui économise les forces en permettant de se passer de plusieurs des membre trouve son application comme moyen d'obvier aux accidents qui peuvent compromettre la vie du nageur.

Ce procédé est applicable à toutes les fausses situations où se pourrait trouver un nageur ; pour les points en procurant un repos presque complet ; par la même raison, il est le seul traitement à opposer à ce sentiment de gêne et de réplétude à l'épigastre ainsi que pour les faiblesses subites, l'extrême fatigue, etc.

CHARLES GIRARD,
Etudiant en Médecine.

Hôtel-Dieu.

Les médecins qui ont visité régulièrement l'Hôtel-Dieu depuis le 1er Avril au 1er Juillet sont MM. les Drs. J. A. S. Brunelle, J. E. Coderre, L. A. E. Desjardins, H. G. Desjardins, J. Gagnon, W. H. Hingston, A. C. Macdonell, E. H. Trudel, F. X. Trudel.

573 malades ont été admis et sur ce nombre 17 sont morts.

Les opérations sont au nombre de 76 dont voici les principales :

Par le Dr. Hingston.

Deux ténotomies	Un squirrhe au sein
Une lithotomie	“ lipome à la région lom- baire
“ amygdalotomie	“ pied bot
“ staphyloplastie	“ amputation du doigt
“ syndactylie	Etc., etc.
“ squirrhe à l'aiselle	

Par le Dr. Brunelle.

Trois séances de lithotritie	Une extraction d'ongle incarné
“ cautérisations d'hémorrhoides	“ lipome
Deux kystes sebacés au maxillaire inférieur	“ tenotomie du demi tendineux et demi membraneux
“ squirrhés au sein	“ pied bot.
Une fistule anale	Etc., etc.
“ polype nasal	

Par les Drs. Desjardins.

Douze cataractes	Une cantoplastie
Huit iridectomies	“ iridotomie
Six entropions	“ ptérigion
Cinq strabotomies	“ symblepharon
Deux énucléations	“ tatouage de la cornée
“ iridauxésis	“ tumeur à la paupière supérieure.
Une discision	Etc., etc.
“ fistule lacrymale	

Entr'autres maladies chirurgicales qui ont été traitées, voici les principales :

Ulcères et plaies	15	Fistule vaginale	1
Fractures (1 du maxillaire inférieur en 3 parties)	8	Hernie femorale	1
Epithélioma	3	Urétrite	1
Carie du tibia	2	Brûlure	1
Arthrite	2	Cancer	1
Rétrécissement de l'urèthre	2	Otite	1
Syphilis	2	Scoliose	1
Retroversion de l'utérus	2	Différentes maladies de peau	8
		Etc., etc.	

Les principales maladies internes sont les suivantes :

Bronchite	33	Hépatite	2
Rhumatisme	33	Vaginite	2
Phthisie	12	Chorée	2
Erysipèle	10	Angine tonsillaire	2

Rougeole	10	Aménorrhée	2
Fièvre	9	Laryngite	2
Dyspepsie	8	Adénite	2
Névralgie	7	Diabète	1
Affections du cœur	6	Epilepsie	1
Anémie	6	Méningite	1
Leucorrhée	5	Glandes indurées	1
Diarrhée	5	Cystite	1
Paralyse	5	Pleurodynie	1
Diphthérie	4	Pneumonie	1
Pleuro-pneumonie	3	Ascite	1
Asthme	3	Gastrite	1
Gastralgie	3	Entérite	1
Métrite	3	Spermatorrhée.	1
Pleurésie	3	Etc., etc.	
Dysenterie	3		
Métrorrhagie	3		

FERD. ST. JACQUES, E. M.

Interne à l'Hôtel-Dieu.

De la relation des affections de l'œil avec les maladies en général.

(Suite.)

Mettant de côté les cas de paralysie générale, où l'on observe plus particulièrement l'atrophie blanche, il n'existe aucune apparence ophtalmoscopique caractéristique de maladies à formes psychiques.

L'ophtalmoscope peut montrer dans toutes les formes de l'affection mentale, une condition complètement normale de la partie postérieure de l'œil; ou il se peut que chacun des changements mentionnés surviennent sur la rétine. Quelques modifications de ce compte-rendu, peuvent cependant résulter des données suivantes: Albutt a fourni les plus

amples statistiques quand aux symptômes observés avec l'ophthalmoscope chez les aliénés. Il dit que dans quarante-trois cas d'épilepsie suivie de folie, il en a trouvé quinze avec changements remarquables du nerf optique, tel que atrophie blanche, laquelle dans quelques cas était survenue d'une névrite, — rarement névrite distincte — mais fréquemment rougeur augmentée du disque optique avec contour indistinct.

Sur cinquante et un cas de manie, Albutt a observé chez vingt cinq une condition indiquant une maladie intra-cranienne. Il trouva le disque optique anémique pendant l'attaque de la folie, ce qui est probablement dû aux spasmes des vaisseaux sanguins. Dans tous les cas de manie, si on examine le fond de l'œil, et quelques jours après l'attaque, on le trouve invariablement injecté ou rougeâtre (dilatation paralytique consécutive des vaisseaux sanguins). Après des attaques graves le disque optique paraissait complètement caché par la rougeur. Les changements permanents manifestés étaient ou bien stase avec atrophie consécutive, ou ramollissement qui disparaissait en une atrophie simple, ou encore montrait un caractère mixte.

Sur trente-huit cas de démence, vingt-trois firent voir qu'il y avait maladie du nerf optique (principalement atrophie) ou de la rétine.

Dans des cas de mélancolie la rétine manifestait fréquemment une état anémique. Sur douze cas d'idiotisme, cinq furent trouvés dans une condition d'atrophie complète du nerf optique. Albutt ne donne pas d'opinion décisive pour savoir si la maladie est due ou non à une inflammation encéphalique pendant l'enfance. Dans la paralysie des aliénés nous trouvons des résultats positifs plus fréquents par les examens ophtalmoscopiques que dans toutes autres maladies. Sur cinquante-trois cas, il fut établi que quarante et un avaient atrophie du nerf optique à un état plus ou moins avancé. Albutt considère que : bien que l'on rencontre fréquemment l'atrophie du nerf optique dans les cas de para-

lysie, elle ne peut être cependant bien reconnue avec certitude au début d'une maladie cérébrale, et conséquemment ceci jette des doutes sur la valeur du diagnostic. L'enchaînement n'est pas progressif du centre à la périphérie, mais au contraire attaquant le nerf optique indépendamment de l'organe central, il est souvent amené par l'hyperhémie du disque optique et une légère exudation dans le même. L'atrophie du nerf optique montre une liaison déterminée avec la grandeur de la pupille, que l'on trouve contractée dans l'hyperhémie et dilatée dans l'atrophie.

L'opinion de Foerster sur les statistiques de Albutt sont : que le nombre indiquant les affections du nerf optique et de la rétine sont un peu trop élevé.

De tous les changements observés par l'ophtalmoscope sur les aliénés, l'atrophie du nerf optique est certainement la plus fréquente : Westphal et Leber ont démontré que cette atrophie du nerf optique est entièrement semblable à la dégénérescence grise de la moëlle épinière sous le rapport histologique. Parmi les maladies de la moëlle épinière (tabes dorsalis) mal de Pott, la dégénérescence grise des cordons postérieurs de la moëlle épinière, est souvent compliquée avec des symptômes oculaires qui ont rapport avec le nerf optique, les muscles de l'œil et l'iris. L'amblyopie et l'amaurose, citées par Romberg comme symptômes accompagnant fréquemment le tabes dorsalis, sont causées par l'atrophie du nerf optique. Suivant Leber, la pathologie des changements anatomiques du nerf optique sont analogues à ceux qui existent dans les cordons postérieurs de la moëlle épinière. Une opinion précise et positive ne peut être donnée quant à la fréquence de l'atrophie du nerf optique dans le tabes "carie vertebrale." Attendu que Niemeyer dit : "le nerf optique a été trouvé atrophié dans les cas rares ou il y avait altération visuelle."

Leyden considère l'amaurose causée par l'atrophie du nerf optique comme "n'étant pas rare." Les oculistes sont généralement disposés à considérer l'atrophie du nerf optique

comme symptôme fréquent du tabes, parce que relativement parlant, grand nombre d'atrophie du nerf optique paraissent chez des rachitiques. D'après Leber, vingt-six par cent, des cas d'atrophie du nerf optique étaient atteints de tabes ou d'autres symptômes de maladie de la moëlle épinière. Prenant en considération le fait que l'atrophie du nerf optique précède quelquefois de quelques années les symptômes ataxiques du tabes, il est probable que ce pourcentage serait trop peu élevé. Foerster cite un nombre de cas où des années s'écoulèrent après que l'atrophie complète du nerf optique fut survenue sans que l'affection de la moëlle épinière se montrât. Suivant Charcot, l'amaurose peut être le premier, et pour longtemps encore le seul symptôme, après quoi dix ans plus tard, il peut survenir des douleurs et des troubles caractéristiques dans la motilité. L'amaurose presque toujours commence par un rétrécissement du champ visuel, principalement de dehors en dedans. Ce vice a une tendance à prendre la forme d'un secteur, le point invisible, jamais le point fixe, formant le centre du cercle. Comme le champ visuel se contracte de tout côté, finalement un seul point fonctionnera, cependant toujours situé en dedans du point invisible. C'est ainsi qu'il arrive que ces patients sont pour un temps relativement long capables de lire parfaitement bien, même avec papilles complètement blanches, et se plaignent de dégénérescence visuelle, quand il est évident d'après l'ophtalmoscope qu'il existe un rétrécissement considérable du champ visuel, et qu'il y a signe d'atrophie. Cette condition du champ visuel rend probable que la partie de la rétine entre le disque optique et la tache jaune "macula lutea," et la tache jaune elle-même, sont fournis par les fibres du nerf optique qui sont près de l'axe de ce nerf; car suivant l'examen microscopique de Leber, ceci demeure le plus souvent sans dégénération aucune. On peut en tirer une autre conclusion, savoir: que le progrès commence premièrement dans le tronc du nerf optique, non pas dans l'espace optique, car dans ce dernier cas il peut y avoir défaut dans le champ visuel, ce

que l'on ne rencontre pas. Charcot donne de même une opinion décisive concernant le progrès de l'atrophie depuis le nerf optique ou l'espace optique jusqu'au corps géniculé. Ceci s'accorde avec les faits établis que l'atrophie qui commence avec des imperfections ou des maladies centrales, n'indique pas le tabes. Foerster n'a jamais réussi à reconnaître le développement caractéristique de cette dernière forme d'atrophie du nerf optique chez des individus rachitiques. Il a toujours trouvé dans tels cas un développement distinct de l'atrophie, mais le blanc pâle de la papille, la petitesse et l'étroitesse des vaisseaux sanguins, peuvent devenir plus développés à une période plus éloignée. Malgré que l'atrophie du nerf optique affecte presque toujours les deux yeux, cela peut arriver à différent degré, car malgré qu'un œil soit entièrement perdu le pouvoir fonctionnel de l'autre peut être que partiellement affecté. Il est bon de dire que parmi les symptômes caractéristiques trouvés dans l'atrophie des rachitiques, quoique n'y appartenant pas exclusivement, il est bon de dire qu'une insensibilité de la vue à certaines couleurs peut exister, particulièrement le rouge et le vert, ce qui arrive à une période plus avancée de la maladie. Un autre symptôme qui est caractéristique à toutes les formes de l'atrophie du nerf optique, c'est la sensibilité de la lumière vive; la vue du patient s'améliore beaucoup dans un endroit obscur.

Jusqu'à présent il a été impossible de prouver anatomiquement la continuité entre l'atrophie du nerf optique causée par la dégénérescence grise, et la dégénérescence grise des cordons de la moëlle épinière. Il est donc probable que nous n'avons pas à discuter sur un procédé apparaissant à une place, et se répandant ensuite d'une direction centripète ou centrifuge, mais les changements histologiques se développent simultanément ou successivement dans différentes parties du système nerveux, qui s'y montre plus disposé. Une guérison, ou un mieux prolongé du pouvoir visuel de cette maladie, n'arrive jamais, et c'est excessivement rare qu'il y aurait un arrêt de une à deux années au progrès de la mala-

die, car cette atrophie est toujours progressive, et conduit à l'amaurose. Une amélioration passagère dans l'acuité du mal peut quelquefois être observée. Ces patients, à faible exception, sont toujours enclins à croire que leur vue s'améliore, influencés par cette déception et sans anxiété, ils supportent leur destinée avec courage, et rarement demandent s'ils deviendront aveugles. Sous ce rapport ils offrent un grand contraste avec les patients glaucomateux, qui souffrent beaucoup en craignant toujours qu'ils perdront la vue.

On rencontre quelquefois spécialement au commencement de la carie vertébrale des affections paralytiques des nerfs nourrissant les muscles de l'œil. La paralysie est souvent légère et à type passager, mais des rechutes surviennent souvent et les mêmes ou d'autres muscles peuvent devenir affectés. Dans quelques cas, une paralysie plus étendue et continue peut avoir lieu, affectant plusieurs muscles. La maladie de la moëlle épinière ne peut être considérée, comme c'est le cas dans "l'amaurose tabetica," comme la cause de ces affections paralytiques. Nous ne pouvons que supposer qu'elles sont occasionnées par une affection des faisceaux des fibres nerveuses qui nourrissent les muscles de l'œil, et qui prennent naissance au plancher du quatrième ventricule. Des changements dans la pupille sont fréquemment observés dans la carie vertébrale. Les deux pupilles sont généralement plus petites qu'à l'état normal ; elles sont de grandeur inégale et ne réagissent que faiblement à la lumière, et se dilatent plus facilement quand l'accommodation se fait pour une distance peu éloignée. Une affection du centre cilio-spinal, dans la région des vertèbres dorsales supérieures et vertèbres cervicales inférieures, expliquerait ceci. On observe aussi les pupilles modérément dilatées et immobiles. Dans ces cas, comme dans la paralysie de certains muscles de l'œil, une affection du nerf oculo-moteur peut servir de cause explicative. Cyon est d'opinion que les affections de l'œil accompagnent communément le mal de Pott. Sur deux cent trois cas, il a trouvé que cent cinq étaient affectés de maladie de l'œil, savoir :

Affections ambliopiques....	33	Amaurose avec affections	
Paralysie des muscles de		des muscles de l'œil.....	16
l'œil.....	30	Amaurose avec mydriase.	8
Mydriase.....	3	“ contraction de la	
Contraction de la pupille..	9	pupille.....	1
		Affections des muscles de	
		l'œil avec mydriase.....	4
	<hr/>		<hr/>
	75		29

Sur vingt-huit cas de mal de Pott, il a observé seulement deux cas avec la dilatation de la pupille.—*Pacific Medical Journal*.

(A continuer.)

Traitement de la métrite chronique.

Par T. GALLARD.

(Suite.)

II. MÉDICATION LOCALE. — Plusieurs des agents thérapeutiques dont nous avons eu à nous occuper, en parlant de la médication générale, vont se présenter à nous, comme éléments principaux de la médication locale, et nous trouverons l'occasion de les utiliser avec plus de profit, justement parce que leur action ne retentira plus d'une façon aussi énergique sur l'ensemble de l'organisme. De ces moyens, les uns s'adresseront plus spécialement aux lésions du parenchyme, les autres aux altérations qui affectent la muqueuse, et nous aurons soin d'insister plus particulièrement sur les uns ou sur les autres, selon que chacun des deux tissus sera plus particulièrement affecté.

Cependant puisqu'il est parfaitement établi que les lésions essentielles de la métrite chronique sont celles qui intéressent le parenchyme même de l'utérus ; que ces lésions primordiales peuvent exister indépendamment des lésions de la muqueuse et constituent, à elles seules, toute la maladie ; que, dès lors, les altérations de la muqueuse, et particulièrement

ses ulcérations, ne doivent plus être considérées que comme une conséquence de la métrite parenchymateuse, une sorte d'accident ou d'épiphénomène qui ne peut en aucune façon exister à l'état isolé et indépendant, il est tout naturel que le traitement vise avec plus de soin et de persévérance l'état du parenchyme que celui de la muqueuse.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que ce dernier doive être négligé, mais qu'il ne faut pas, à l'exemple de certains praticiens, concentrer toute votre attention sur les ulcérations du col et espérer les guérir par un traitement dirigé exclusivement contre elles, sans songer à modifier l'état du tissu utérin enflammé, sur lequel elles reposent. Bien plutôt, au contraire, pourriez-vous espérer voir les ulcérations disparaître, quelquefois d'elles-mêmes, sans aucun traitement spécial, si, sous l'influence d'une action médicatrice quelconque, le parenchyme reprenait ses qualités physiologiques et normales. Les choses se passent ainsi moins souvent que le pensait Aran, mais il suffit cependant que ce soit possible pour justifier la règle de conduite que je vous conseille de suivre, et qui consiste à ne négliger aucun des deux ordres, d'altérations dont la réunion constitue l'ensemble de la maladie que vous devez combattre, tout en vous adressant plus particulièrement à celle de ces deux altérations dont l'importance prédomine dans la constitution de cette maladie.

A. Moyens dirigés contre les lésions du parenchyme. — La plupart de ces moyens sont au nombre de ceux dont nous nous sommes occupés en parlant de la médication générale, et reprenant le chemin que nous avons parcouru, nous allons voir comment leur action, s'exerçant plus faiblement sur l'organisme, en même temps que plus directement sur l'organe affecté, peut être utilisée dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

a. Les émissions sanguines, que nous retrouvons ici, se présentent à nous dans des conditions bien différentes de celles de la saignée générale, que nous avons dû repousser. Il s'agit, en effet, de soustraire une certaine quantité de sang

aux vaisseaux utérins, sans que l'économie toute entière ait trop à souffrir de cette spoliation ; et on est en droit d'espérer que la perte de sang provenant directement des vaisseaux engorgés produira, au point de vue de la modification apporté dans le tissu même qui est le siège de l'inflammation, un effet plus utile que celui qui pourrait résulter d'une évacuation plus considérable, faite par l'ouverture d'un gros vaisseau. Dès lors, la saignée locale n'a plus qu'à un très faible degré les inconvénients de la saignée générale, et on peut y avoir recours sans crainte de débilitier trop profondément ses malades.

Il n'y a peut-être pas un seul cas de métrite chronique dans lequel elle ne puisse être très avantageusement employée, soit au début de la maladie, soit même plus tard, quand surviennent ces retours aigus de l'inflammation, qui sont si fréquents au moment des époques menstruelles. Aran allait même jusqu'à professer que l'on trouvait l'occasion d'y avoir recours dans presque tous les cas de métrite chronique, quelle que fut d'ailleurs la période de la maladie à laquelle on eût affaire, et il recommandait de débiter toujours par une ou plusieurs applications de sangsues.

J'ai longtemps conformé ma pratique à ce précepte, et si dans le plus grand nombre de cas j'ai eu à m'en louer, je dois reconnaître que, dans certains autres, les émissions sanguines m'ont paru, non pas nuisibles, parce que je ne les ai jamais faites assez abondantes pour cela, mais parfaitement inutiles. Ces cas sont ceux dans lesquels, la maladie étant parvenue à sa seconde période, les vaisseaux utérins sont oblitérés et le tissu propre de l'organe reste induré et anémié.

Ces cas étant donnés, M. Seyfert (de Prague) et M. de Scanzoni, après lui, ont parfaitement raison de proscrire les sangsues ; mais, en généralisant cette proscription, ils oublient que cet état marque plutôt la fin que le début de la maladie et que la même logique qui leur fait repousser les sangsues, dans cette période, devrait les leur faire recommander dans celle du début, pendant laquelle la congestion domine.

Les émissions sanguines qu'il convient de pratiquer alors, doivent être, vous ai-je dit, aussi modérées que possible ; et la meilleure manière de les faire peu abondantes, tout en leur conservant une certaine efficacité, c'est de retirer le sang des vaisseaux mêmes de l'organe malade. A ce point de vue, rien ne peut valoir mieux qu'une application des angues faite directement sur le col de l'utérus. C'est le mode d'emploi auquel j'ai le plus volontiers recours ; j'applique de quatre à six sangsues à la fois, lorsque, l'utérus étant gros, volumineux tuméfié, son col présente une coloration violacée et que cet état coïncide avec un certain degré de dysménorrhée douloureuse. C'est surtout quelques jours avant l'irruption des règles, ou avant l'époque présumée de leur retour, que les sangsues me paraissent devoir être préférablement appliquées, sauf à y revenir de huit à dix jours, si l'écoulement des règles ne s'est pas fait dans de bonnes conditions. On peut réitérer cette pratique pendant trois ou quatre mois consécutifs, en se guidant sur la façon dont se fait la menstruation, et en persistant tant qu'elle reste difficile et douloureuse.

Cette manière de procéder diffère un peu de celle de West, qui met quatre sangsues à la fois, en recommandant d'y revenir tout les huit ou dix jours, et de celle d'Aran, qui les mettait au nombre de six à dix, en se guidant sur la douleur pour fixer l'époque de leur application. Je ne trouve pas qu'il soit utile d'aller aussi loin et je n'augmente le nombre des sangsues que quand, une raison quelconque m'empêchant de l'appliquer sur le col de l'utérus, je suis obligé de les faire placer, soit aux grandes lèvres, soit à l'hypogastre. Dans ce dernier cas, il faut en élever le chiffre jusqu'à douze ou quinze ; on peut même les remplacer par des ventouses scarifiées (six ou huit), comme cela se fait dans la métrite aiguë ; mais vous comprenez que, dans les cas de métrite chronique l'émission sanguine devant être plus souvent réitérée et le sujet étant plus débilité, on doit veiller à ce que la déperdition sanguine soit beaucoup moindre.

La façon dont les sangsues sont appliquées peut contribuer

pour une grande part, à ce que la perte de sang soit plus ou moins abondante ; et, sans entrer dans le détail de cette petite opération, que vous connaissez tous, je ne puis m'empêcher d'insister sur le soin tout particulier avec lequel vous devez veiller à ce qu'aucun repli du vagin ne fasse saillie dans le spéculum, lorsque vous appliquez cet instrument pour découvrir le col, afin d'y poser les sangsues. Il suffit, en effet, que le col ne soit pas bien exactement embrassé par le rebord du spéculum plein, dont il faut toujours se servir en pareil cas, pour qu'une sangsue puisse aller mordre sur le vagin, dans le point où les veines sont généralement volumineuses et dilatées, et provoquer ainsi une hémorrhagie plus abondante que celle que vous auriez eu l'intention d'obtenir. C'est ce qui est arrivé à une malade soignée par Aran, et qui, du reste, s'en est fort bien trouvée. La même chose s'es produite dans mon service, il n'y a pas très-longtemps, mais avec un résultat tout autre, car la malade, effrayée par cette hémorrhagie, qui l'avait un peu affaiblie, n'a pas voulu se soumettre à de nouvelles applications de sangsues, qui lui auraient été cependant fort utiles.

On conseille aussi de s'opposer, avec non moins de soin, à ce qu'une sangsue aille mordre dans l'intérieur de la cavité utérine, à travers l'orifice du col entr'ouvert ; et on peut le faire en y introduisant un petit bourdonnet de charpie. Mais cet inconvénient me paraît beaucoup moins sérieux que la morsure du vagin. Je doute fort, en effet, qu'une sangsue pénètre jusque dans la cavité utérine, et je ne vois pas grand mal à ce qu'elle s'attache dans la cavité du col, sur laquelle nous avons si souvent occasion de faire des sacrifices, sans qu'il en résulte le moindre accident.

Je ne vous parle pas des instruments qui ont été inventés dans le but d'appliquer directement des ventouses sacrifiées sur le col, ou des mouchetures analogues aux morsures de sangsues ; car ils sont d'un maniement peu commode, et leur action ne vaut pas celle des sangsues elles-mêmes ; cependant je fais souvent avec un long bistouri droit, en forme de lance,

des sacrifices qui peuvent, dans une certaine mesure, remplacer les sangsues en provoquant un écoulement sanguin modéré.—*Bulletin Thérapeutique.*

(A continuer.)

Térébenthine de Chio.

L'écrit remarquable du Professeur Clay sur le traitement du cancer, par la Térébenthine de Chio, publié dans notre dernier numéro, a causé beaucoup d'excitation sur le marché.

A la "Apothecaries Hall," un baril d'environ 50 livres qui en avait été importé directement, il y a environ un demi siècle, parut une mine d'or. La demande fut telle, qu'après avoir souvent élevé le prix la vente fut suspendue. Les autres maisons commerciales qui en avaient trouvèrent que ce *stock* mort devenait de grande valeur subitement.

Tous les pharmaciens savent que la Térébenthine de Chio est le produit du *Pistacia terebinthus L.*, un arbre que l'on trouve partout dans la Méditerranée, la Syrie, la Palestine, l'Afghanistan et dans le nord de l'Afrique.

PRODUIT ACTUEL.

Unger et Kotschy (1), les autorités les plus récentes et les mieux informées sur les productions naturelles de Chypre^s disent que l'arbre est bien commun dans l'ouest de l'île, et que malgré sa susceptibilité au froid, il atteint un grand âge. Cependant la térébenthine que l'on en obtenait jadis, ne peut plus être trouvée aujourd'hui sur le marché.

Le Dr Xavier Landerer, d'Athènes, dans une correspondance ce journal, dit : "Que la vraie térébenthine de Chio se trouve rarement dans le commerce."

Le Dr McCraith, de Smyrne, dans une correspondance, di

(1) (Die Insel Cypern, ihrer physischen und organischen Natur). Wien 1865, Page 424, note.

que l'on ne peut pas acheter là aujourd'hui la térébenthine de Chio.

A Scio, la récolte annuelle paraît diminuer constamment. Un arbre de 4 ou 5 pieds de circonférence ne rend que 10 ou 11 oz. La récolte commence à la fin de juillet.

CARACTÈRE ET ALTÉRATION.

Un grand nombre d'échantillons de térébenthine dite de Chio ont été soumis au professeur Clay, qui déclare que pas plus de 5 par cent sont purs. Il déclare ne pas être responsable d'essais nombreux que l'on fait actuellement de ce remède, et ajoute que des échantillons altérés sont nuisibles, produisant entre autres symptômes une irritation particulière de la peau, donnant une odeur de violette aux urines. Mais il ne donne nulle part description du vrai remède ni la manière de le reconnaître, quoiqu'il ait la charité de dire qu'il ne veut pas accuser les pharmaciens de fraude délibérée, mais croit que la substitution d'une térébenthine impure pour la véritable, est tout simplement le résultat de l'ignorance. Mais nous croyons avoir le droit de demander les faits (avant que le professeur Clay se comble ainsi d'éloges) qui lui permettent de faire des avancés semblables sur un sujet qui a toujours été matière de discussion.

Il reste à prouver que la térébenthine, dont lui-même fait usage, était pure. Les deux seuls écrivains modernes qui parlent avec autorité des vrais caractères de la térébenthine de Chio ne s'accordent pas sur tous les points.

Les auteurs de la Pharmacopée disent (2e éd., p. 166) : « Qu'un échantillon cueilli par Maltass, près de Smyrne, en 1858, était, après dix années, d'une couleur jaunâtre et presque solide, quoique transparent et presque de l'odeur de la colophane ou du mastic en dissolution, et sans beaucoup de goût. Nous l'avons trouvé soluble dans l'esprit de vin, l'alcool amylique, etc., la solution dans chaque cas étant légèrement fluorescente. La solution alcoolique rougit le papier tournesol et n'est ni amer ni acide (p. 167). Nous trouvons que la térébenthine de Chio (Echantillon de Maltass) ou de com-

merce, privée de son huile essentielle, par une douce chaleur, se dissout entièrement (les impuretés excepté) dans l'alcool, sp. gr. 0815, ce qui n'est pas le cas avec le mastic.

En 1839, N. J. B. Guibourt publia un mémoire sur les différentes variétés de térébenthine. Quoiqu'il ne dise pas comme les auteurs de la Pharmacopée, d'où il a obtenu des vrais échantillons de térébenthine de Chio, personne ne peut lire ce mémoire sans être assuré, que ce qui y est avancé, est véridique.

Il ajoute, qu'il est bien probable, d'après la description imparfaite que nous en ont laissée les anciens, qu'ils n'ont jamais vu des échantillons non altérés. Il nous fait remarquer d'abord, que la térébenthine de Chio *n'est point transparente*. "J'ai trouvé dans plusieurs usines une résine parfaitement transparente, bien dure et d'une odeur assez agréable, que l'on disait être la térébenthine de Chio ; mais sa couleur jaune dorée et son goût amer me fit soupçonner sa pureté ; de plus, en la cassant, j'ai trouvé sur la couche supérieure l'odeur douce du baume du Canada.

"La térébenthine de Chio est de consistance dure et presque solide. Elle est généralement opaque ou au moins sombre et d'une couleur grise ou jaune-verdâtre. Son odeur est à peine perceptible à l'air, mais renfermée sous une cloche de verre, elle conserve une odeur agréable et analogue à celle du fenouil ou de l'élémi. Le goût est aromatique et libre de toute âcreté ou amertume qui rappelle celui du mastic. Comme le mastic il se dissout dans les mêmes proportions dans l'éther, et *en le traitant par l'alcool, il laisse un résidu gluant et résineux.*"

La térébenthine est et a toujours été altérée. Galien préfère celle qui vient de Chio à celle de Lybie, parce qu'elle est toujours bonne ce qui nous démontre que celle qui vient de Lybie, Chypre, Syrie ou la Judée, était toujours altérée. La térébenthine, décrite par Dioscorides, était probablement impure, elle était blanche, transparente d'une couleur de vert, rappelant celle de l'arbre. Galien préférait la résine de térébenthine, parce qu'elle possédait un caractère astringent, joint à un certain goût amer. Jac. Sylvius (XVI^e siècle) dit : elle est

sous-amère, irritant la bouche et le larynx. Murray "Apparatus Medicaminum, (1774-75)" dit : "Que ce qui est importé de Scio est rarement vendu pur, mais altéré par la térébenthine de Venise, même avant qu'elle parte de l'île." Giovanni Mariti (1) parlant de la thérébenthine de Chypre, dit : "Cette substance est mise dans des vaisseaux de terre, d'une capacité d'environ 20 lbs, chaque, mais les acheteurs doivent prendre bien garde de ne pas être trompés. Lorsque ces vaisseaux sont ouverts, la térébenthine paraît être de la meilleure qualité, mais il arrive souvent que les indigènes mettent au-dessous une qualité inférieure et font payer le même prix que si elle était de la plus belle qualité." La plus grande quantité de la substance fut cueillie à Paphos, une des divisions de l'île, et envoyée à Venise en boîtes de quatre vases. L'expression de la Pharmacopée "Térébenthine de Chio," telle que trouvée dans le commerce, et que l'on croit être dans l'état pur, indique la fréquence de l'altération, et tous les écrivains du siècle passé se servent de ce mot.

SUBSTITUTS.

M. R. F. Battye, qui publia en 1874 un "Essai sur l'emploi de la silice dans le cancer," obtint un échantillon bien vieux de térébenthine, dont le professeur Rogers fit l'analyse qui fut publié dans le *Lancet* du 1er mai. Il attribue ses propriétés au pourcentage de silice que l'on y trouve (78%) et vu qu'il avait trouvé que la silice soulageait les douleurs du cancer, et qu'il avait eu un cas semblable à ceux dont fait mention le professeur Clay. Dans une collection d'analyses non authentiques, il trouve qu'il est prouvé que la couche de la semence de la térébenthine de Strasbourg ou *Abies picea* (sic) contient 11.71% de silice, alors il recommande la térébenthine de Strasbourg lorsqu'on ne peut se procurer celle de Chio.

Cette suggestion ne peut être sérieuse. Une autre suggestion bien vieille que nous croyons importante mérite beau-

(1) Mémoire sur l'origine et les caractères distinctifs des térébenthines. lu à la Société de Pharmacie de Paris, Paris 1839, 8° pp. 27. Reproduit dans le "Journal de Pharmacie," vol. 25, No. 8, août 1839, pp. 477-507.

coup notre attention. Dans le XVI^e siècle, lorsque beaucoup de remèdes étaient presque inconnus et difficiles à se procurer, il s'était établi un système régulier de *quid pro quos*. Le rédacteur de "*Mesucs*," cité avec approbation par J. Bauhin et le professeur Guibourt, avait déjà remarqué que le *mastic* et non la térébenthine de pin était un substitut propre pour la térébenthine de Chio. Le professeur Guibourt insiste sur ce point.

Le mastic ressemble dans sa composition à la térébenthine de Chio, quoiqu'elle contienne beaucoup moins d'huile volatile. On peut l'obtenir en Angleterre en grande quantité et d'une pureté certaine. Il est véritablement désirable que l'on fasse des efforts pour déterminer si oui ou non il ne serait pas un substitut efficace pour la térébenthine dont la nature est toujours sujette à discussion.

PHARMACIE.

Le professeur Clay a publié des formules pour administrer de la térébenthine de Chio sous forme de pilules, en solution éthérée ou en émulsion. Les pilules contiennent chaque 3 grs. de térébenthine de Chio, et soufre, grs. ij. Elles ne conservent pas leur forme, mais sont digestibles. M. Martindale trouve qu'en se servant de magnésie comme excipient, la pilule ne perd pas un dixième de son poids en passant dans le corps. La solution se faisait en dissolvant 1 once de térébenthine dans 2 onces d'éther sulfurique, donnant une solution, d'après M. Martindale, d'un peu plus de 3 onces. La manière de préparer l'émulsion est $\frac{1}{2}$ once de la solution éthérée, 4 onces de gomme adraganthe, 1 once de sirop simple, 40 grains de soufre et 16 onces d'eau. Quel que soit le mode de faire le mélange, le soufre se sépare en flacon et précipite la résine. Si du mucilage d'acacia la remplace au lieu de gomme adragante, un mélange satisfaisant peut être obtenu, en mettant du mucilage dans une bouteille, ajoutant après la solution de térébenthine le déleyant avec un peu d'eau. Mêlez le soufre avec le sirop et mettez ensuite dans la bou-

teille et remplissez graduellement avec l'eau, ayant soin de brasser la bouteille chaque fois (Martindale.)—*Chemist & Druggist.*

IODOFORME.

SA FABRICATION.

On obtient l'iodoforme par l'action de l'iode sur l'alcool en présence des alcalis. On mêle de l'iode, du bicarbonate de potasse, de l'eau et de l'alcool dans un ballon de verre qu'on chauffe lentement à 160° Fahr., jusqu'à disparition de la couleur; il faut ensuite le laisser cristalliser et le recueillir sur un filtre. Un tiers environ de l'iode employé se convertit en iodoforme, le reste demeurant en solution, surtout comme de l'iodure de potassium. Cette réaction est compliquée, dépendant principalement de la quantité de matériaux et de la chaleur mis en usage.

USAGE ET APPLICATION DE L'IODOFORME.

Cette substance, analogue au chloroforme, est un remède ayant une puissante action résolutive, et produisant l'absorption des éléments formatifs et des épanchements de liquides.

1° *Onguent d'iodoforme.*— Comme base d'onguent d'iodoforme, il est mieux d'employer ce que nous pouvons appeler "la Péruvo-vaseline" qui se prépare comme suit: Baume du Pérou, 3ss; vaseline ʒi. Faire dissoudre la vaseline à la chaleur du bain-marie, ajouter le baume du Pérou, continuer l'application de la chaleur, brassant de temps à autre, enfin filtrer. On obtient ainsi les principes balsamiques odorants, moins la résine non-aromatique, et on prévient l'irritation si on l'applique à des surfaces délicates.

℞ Iodoforme.....	3ss à ʒi
Péruvo-vaseline.....	ʒi

Il y a en outre un onguent préparé exactement de la même manière, mais l'odeur de l'iodoforme n'est pas aussi bien déguisée.

2^o *Collodion iodoformé*.—L'iodoforme se dissout promptement dans le collodion élastique, mais l'iodoforme est comme emprisonné dans la couche ferme qui se forme si rapidement, ce qui empêche le médicament de venir en contact avec le siège de la douleur. On peut employer la formule suivante pour le collodion iodoformé :

R. Iodoforme.....	3 ^{SS}
Baume du Pérou.....	3 ^{SS}
Savon mou.....	3 ^{SS}
Collodion élastique, ad.....	ʒi M. S. A.

Après avoir appliqué ce collodion avec un pinceau de poil de chameau, on recouvre la surface d'un morceau de tissu de gutta-percha. Cette préparation est utile comme anesthésique local dans la goutte et les névralgies.

3^o *Pastilles d'iodoforme*.—Chaque pastille contient 2 grains d'iodoforme, incorporé à la glycérine et à la gélatine. Ils sont agréables tant au goût que par la forme, et sont ainsi préférables à la solution éthérée pour appliquer dans le pharynx et sur les ulcérations syphilitiques de la langue.

4^o *Ouate iodoformée*.—Ceci est une ouate finement cardée, imprégnée de 50 par cent d'iodoforme, et c'est une forme appropriée d'appliquer ce remède aux fosses nasales et dans les oreilles. On emploie l'éther ou le chloroforme pour dissoudre l'iodoforme dans ce but.

RÉACTIFS DE L'IODOFORME.

1. Il doit complètement se dissoudre dans l'éther et l'alcool.
2. Par la chaleur il se décompose en iode et en acide hydriodique, laissant un résidu de carbone qui doit brûler entièrement à une chaleur rouge-blanc.

On trouve de l'iode dans l'urine après l'usage externe et l'administration interne de l'iodoforme, mais beaucoup plus lentement dans le premier que dans le second cas. On peut toujours trouver alors de l'iode dans l'urine au bout de quatre ou cinq jours. L'action de l'iodoforme sur le système après son absorption est surtout celle de l'iode, mais avec des particularités restées jusqu'ici sans explication. — *Chemist and Druggist*.

Remèdes pour les cors.

M. Gezow, pharmacien Russe, recommande la prescription suivante comme un remède *certain* pour les cors, prétendant qu'il est efficace en peu de temps, sans causer aucune douleur :

R. Acide salicylique,	30 p.
Extrait de chanvre indien,	5
Collodion,	240
	Mêlez.

En application au moyen d'un pinceau en poil de chameau.
 --" Pharm. Zeit." " Chem. & Druggist."

Université de Bishop's College.

Voici les changements survenus dans le personnel de cette faculté de médecine :

Le Dr. David, ayant résigné comme Doyen et Professeur de Théorie et de Pratique de Médecine, a été réélu Doyen et Professeur Emérite de Pratique de médecine.

Le Dr. F. W. Campbell est transféré de la chaire de Physiologie à celle de Pratique de médecine.

Le Dr. Wilkins a été nommé Professeur de Physiologie et de Pathologie, et lecturera sur l'Histologie.

Le Dr. Perrigo est choisi comme Professeur de Chirurgie en remplacement du Dr. Slack qui a résigné.

Le Dr. J. C. Cameron est nommé Professeur de Jurisprudence médicale et lecturera sur les maladies des enfants au lieu du Dr. Perrigo, qui est transféré à la chaire de Chirurgie.

Le Dr. A. L. Smith est choisi comme Démonstrateur d'Anatomie, en remplacement du Dr. Brodie.

Le Dr. J. L. Foley est l'Assistant Démonstrateur d'Anatomie.

Le Dr. Leprohon a résigné comme Professeur d'Hygiène.

L'association Médicale de la Puissance.

La treizième assemblée annuelle de l'Association Médicale de la Puissance aura lieu à Ottawa le premier mercredi de septembre 1880, sous la Présidence du Dr. R. P. Howard de Montréal. Il est à espérer qu'un grand nombre de médecins canadiens se feront inscrire comme membres de cette Association. Par ce moyen, ils se mettront en rapport avec les médecins les plus éminents de la Puissance du Canada; et, sous peu, ils sauront se faire distinguer par leur science et leur instruction.

M. Le Dr. A. H. David est le secrétaire général de l'Association, et M. le Dr. G. Ross le secrétaire local pour la Province de Québec.

Nouveau Dispensaire.

Un nouveau dispensaire vient d'être établi à la Pointe St. Charles, à Montréal. Les Messieurs suivants ont été choisis Médecins. *Médecins consultants* : Drs. E. H. Trudel, W. H. Hingston et R. Craik. *Médecins de service* : Drs. T. A. Rodger, T. J. Alloway, M. M. Seymour et J. J. Guérin.

Dispensaire de la Providence.

M. le Dr. G. O. Beaudry a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois de Mai 1880.

Le total des ordonnances a été de 2627, et celui des visites à domicile de 244.

M. le Dr. E. A. Paquet est chargé du service pour le mois de Juin.

Vu la maladie de M. le Dr. Paquet, M. le Dr. J. A. Leblanc

a été le médecin en service dans ce Dispensaire durant le mois de Juin 1880.

Le total des ordonnances a été de 2225, et celui des visites de 221.

Résumé de l'année : de Juillet 1879 à Juillet 1880.

Ordonnances..... 27109

Visites des médecins à domicile..... 2486

Total de toutes les ordonnances..... 29595

Les médecins qui ont fait le service durant l'année qui vient de s'écouler sont : Drs. G. O. Beaudry, A. A. Meunier, A. B. Champagne, A. Piché, A. A. Lefavre, J. A. Leblanc.

NAISSANCES.

En cette ville, le 29 Mai 1880, au No. 365, rue Craig, (coin St. Denis,) la Dame du Dr. E. Robillard, une fille.

En cette ville, le 1er. Juillet, au No. 65, rue Dubord, Carré Viger, la Dame du Dr. G. O. Beaudry, un fils.

NOTE.

Dans notre livraison du mois de Juin, l'abondance des matières nous a forcés de remettre à ce numéro la suite des articles sur "le traitement de la métrite chronique" et sur "les rapports des maladies de l'œil avec les maladies en général."