

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

Canadiana.org 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.

- 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.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MEDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Medecine, de Chirurgie et des
Sciences accessoires.

VOL. I.

MONTREAL, MAI 1887.

No 4.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

HOTEL-DIEU.—M. le Prof. PAQUET.

Diphthérie

MESSIEURS,

Je réclame toute votre attention sur un sujet d'une extrême importance et qui vous donnera plus d'une fois, durant votre carrière professionnelle, des inquiétudes, peut-être même d'amères déceptions, en dépit des efforts constants que vous ferez pour juguler et combattre une maladie aussi terrible que la diphthérie.

Nous la trouvons décrite pour la première fois et assez bien vers la fin du XVI^e siècle et au commencement du XVII^e, en Europe, où elle a sévi épidémiquement.

Nous la retrouvons en Angleterre vers le milieu du siècle dernier, et aux Etats-Unis, surtout les états de l'Est, au commencement de celui-ci. C'est alors que le Dr Samuel Bard, de New-York, donna la meilleure description de cette terrible maladie à laquelle on ne peut ajouter de détails importants même de nos jours.

Nous avons aussi sur la même maladie les importantes recherches de Louis, Trousseau et Virchow.

La lésion pathologique caractéristique de la diphthérie consiste,

comme il vous a été démontré sur quelques sujets, il y a peu de jours, en une infiltration membraneuse ou granulaire de quelque surface muqueuse, surtout celle des amygdales, du pharynx, de la luette et des fosses nasales, pour s'étendre au larynx, aux bronches et jusqu'aux cellules aériennes. Quelquefois le larynx échappe et c'est l'œsophage qui est attaqué. La peau même, si elle est excoriée, peut devenir le siège de plaques diphthériques. Le premier changement qui survient là ou doit être le siège de l'exsudation est une hyperémie passive, n'ayant pas la couleur rouge brillante de l'inflammation, mais bien la couleur noirâtre et livide avec infiltration séreuse des tissus sous-jacents, puis la formation des plaques caractéristiques. Confinées d'abord dans l'épithélium, alors que l'exsudation est blanche, les plaques acquièrent une couleur grisâtre au fur et à mesure que les tissus plus profonds sont envahis.

Dans les cas sévères, elles peuvent acquérir une épaisseur de $\frac{1}{8}$ à $\frac{3}{4}$ de pouce qui viendra en cinq ou six heures et qui enlevées se reproduisent en très peu de temps. Quelquefois la membrane muqueuse peut être infiltrée de sang et prendre une couleur noirâtre. Ce n'est pas de la gangrène mais cela indique de grands changements dans le sang. Lorsque l'exsudation a lieu dans l'épithélium, on trouve des bactéries sphériques, et plus la maladie affecte les tissus profonds, plus leur nombre augmente. Quelques auteurs les considèrent comme le résultat et d'autres comme la cause des altérations pathologiques. Toutefois il paraît raisonnable de considérer l'exsudation diphthérique comme une fibrine granuleuse d'une faible vitalité, ne possédant aucun pouvoir d'organisation. La cessation du processus de la diphthérie a lieu d'abord par suppuration. Au-dessous de l'exsudation, la suppuration peut s'établir séparant la couche exsudée des tissus qu'elle a envahis, et, peu après, limitant son action, il apparaît distinctement sous forme de plaques qui, quelquefois, sont enlevées d'une pièce, d'autres fois par fragments. La durée est de deux à cinq jours. Dans les formes légères, pas de suppuration, et l'épithélium envahi reprend sa nature première après l'exfoliation. Il peut, bien que rarement, y avoir gangrène. Après le détachement des plaques, on constate des ulcères des tissus sous-jacents et cela plus ou moins profondément.

La diphthérie est une maladie miasmatisque, contagieuse, sévissant épidémiquement assez souvent. Comme dans les fièvres typhoïdes, la malpropreté, les égouts défectueux, l'encombrement les augmentent.

Le poison existe-t-il dans l'exsudation seule, ou bien dans l'exhalaison, de même que dans les excréments ? Trousseau prétend qu'elle est autant dans les urines que dans les autres. Une autre question importante est de savoir si la maladie est d'abord locale puis *constituzionnelle*,

ou *vice-versâ*. Il paraît généralement admis aujourd'hui que de *locale* elle devient, par l'absorption, *constitutionnelle*.

La période d'incubation varie ordinairement d'un à huit jours, elle peut même aller jusqu'à un mois. Plus l'épidémie est meurtrière, moins longue est l'incubation. En général elle est de cinq jours. Elle est sporadique, endémique ou épidémique. L'automne et le printemps sont les saisons qui lui sont le plus favorables. L'âge est une cause prédisposante très forte. C'est de 2 à 5 ans que les enfants y sont le plus exposés, mais il n'y a pas d'âge exempté. Une première attaque n'empêche pas les récives une et même plusieurs fois. De mauvaises conditions hygiéniques, mauvaise construction ou mauvais entretien des égouts, un sol argileux, etc., sont favorables à l'extension et à la gravité de la maladie.

Les symptômes sont locaux et constitutionnels. Ils ne sont pas uniformes et souvent durant la même épidémie ils varient, n'ayant pas de marche typique. Les *locaux* commencent par une sensation de sécheresse et de piquement à la gorge, quelques douleurs indépendamment de la déglutition, plus ou moins de raideur à l'angle de la mâchoire, déglutition plus difficile, surtout pour les liquides, tuméfaction des glandes de la mâchoire, (des cas l'offrant au plus haut degré, d'autres la faisant à peine remarquer). De quelque manière qu'elle commence, on ne tarde pas à voir sur le voile du palais, sur les amygdales, au pharynx, des taches blanchâtres entourées d'une membrane muqueuse, livide et tuméfiée. A cette époque l'exsudat peut être facilement enlevé sans causer la moindre hémorrhagie. Plus tard, l'exsudat s'épaissit, devient grisâtre, les glandes cervicales sous-maxillaires se tuméfient quelquefois assez considérablement. Les narines s'obstruent par la tuméfaction avec épistaxis. Les tubes d'Eustache sont quelquefois envahis ; dans ce cas, il y a tintement d'oreille, douleurs lancinantes durant la déglutition, surdité, quelquefois otite, perforation du tympan avec carie des os environnants. L'oreille externe peut être atteinte, mais c'est plus rare ; l'oreille moyenne un peu plus souvent. L'œil peut être envahi surtout chez le médecin qui, étant à examiner la gorge d'un patient reçoit, dans un effort d'expuition, une parcelle de plaque diphthérique, causant de suite une conjonctivite sévère. L'œsophage et les bronches peuvent aussi en être infectés. Si le vagin, le rectum ou les grandes lèvres étaient envahis, il y aurait tuméfaction des glandes inguinales. Plus l'enfant est jeune plus il est exposé aux complications du côté du larynx. Les adultes qui y sont exposés sont surtout les plus âgés. On reconnaît cette complication par le changement dans la voix qui de rude finit par n'être plus distincte ; la respiration devient bruyante et quelquefois siffilante avec dyspnée. Il y a toux. Si la partie

supérieure du larynx est affectée, il y a difficulté durant l'inspiration ; mais si l'inspiration et l'expiration sont difficiles, c'est la preuve que la totalité du larynx est compromise. Quand la cyanose devient marquée, le danger est imminent et la mort a lieu comme dans le croup.

L'examen avec le laryngoscope montre des plaques sur l'épiglotte, les cordes vocales et dans tout l'intérieur du larynx. A l'auscultation, peu de murmure vésiculaire est entendu, mais c'est dû à l'obstacle mécanique qui s'oppose à la dilatation du poumon.

La maladie vient quelquefois franchement et subitement, mais d'autres fois d'une manière insidieuse. Nous constatons souvent des rémissions laissant le pouls à 100 ou 105 et la température à 102 ou 103 ; puis les exacerbations arrivent avec un pouls à 130 et une température à 105.

Les plaques disparues, le pouls ralenti, la température abaissée, il ne faut pas trop pr mettre aux parents, car dans ces circonstances il arrive quelquefois que la prostration et la faiblesse sont telles que la mort survient comme si un poison avait été pris. La diarrhée, sans être excessive, les nausées et les vomissements survenant dans la période avancée de la maladie sont des symptômes défavorables. Vers la fin de la première semaine, l'albumine existe dans l'urine et plus elle est abondante et plus le danger est imminent. Le pouls est toujours rapide, jusqu'à 170, ou après l'avoir été, il tombe à 60 et même 40, dans les premières 24 ou 48 heures. En 3^{me} lieu, il y a une autre classe de cas à pouls intermittent et irrégulier durant tout le cours de la maladie. Ceci est toujours fatal. De même si la température devient normale ou audessous, si l'exsudation n'annonce pas d'exfoliation quelque légère qu'elle soit ou quand même il n'y aurait presque pas de tuméfaction à l'extérieur, le cas est toujours grave et la mort peut survenir en peu de temps. Les convulsions à la fin de la maladie sont toujours très graves, tandis que survenant au début elles n'ont pas la même gravité. Le gonflement glandulaire manque rarement. Il n'est grave que s'il intervient avec la respiration et la déglutition. Après la disparition de l'exsudat et même alors que la convalescence paraît établie, il peut se développer des suites ou reliquats qui peuvent durer des mois et même des années. Le plus communément, c'est la paralysie de quelques uns des muscles volontaires ; les plus ordinairement affectés sont ceux du palais mou et du pharynx. Les premières choses qui l'indiquent sont la difficulté d'avaler les liquides, puis les solides, avec difficulté aussi pour articuler clairement. L'expectoration est aussi quelquefois difficile. Après que c'est disparu, il y a quelquefois de la paralysie surtout aux membres inférieurs. Elle commence toujours par des formications. Elle peut affecter aussi bien la sensibilité que le mou-

vement. La vue peut être aussi affectée de strabisme ou de vision double. L'aphonie peut exister. Tous les sphincters peuvent être plus ou moins paralysés avec les conséquences qu'on connaît ; mais heureusement ces paralysies ne sont pas généralement graves ; elles durent de 2 à 3 semaines jusqu'à 1 et 2 ans. La néphrite parenchymateuse est encore une des conséquences. Si elle a lieu pendant la période de l'exsudation elle n'est pas grave ; tandis que si elle se développe durant la convalescence, elle peut donner lieu à la maladie de Bright. Quelquefois, mais rarement, l'endocardite, la pleurésie, la péritonite, la péricardite sont au nombre des conséquences ou suites de cette terrible maladie.

Le diagnostic offre-t-il beaucoup de difficulté ? non, pas généralement ; car la constitution épidémique qui prévaut, le mal de gorge, les plaques surtout nous fixeront assez vite. Pour la distinguer du croup on trouvera que l'exsudation dans ce dernier est sur la muqueuse et plus générale, tandis que dans l'autre, c'est comme dans sa substance même aussi bien qu'à sa surface. Le croup appartient à l'enfance et la diphtérie à tous les âges. Le croup est sporadique, l'autre est souvent épidémique. Le gonflement glandulaire n'existe jamais dans le croup et presque toujours dans la diphtérie. Dans la scarlatine, la nature de l'éruption fixera l'incertitude, mais comme dans la diphtérie il y a aussi quelquefois de la rougeur, elle est limitée au tronc, ne dure pas, et n'offre pas de desquamation.

La mortalité est de 20 à 50 pour cent suivant le caractère de l'épidémie et l'âge des malades. La durée ordinaire de la maladie est de 3, 12 et 14 jours. Il n'y a pas de maladies plus susceptibles de devenir gravement malignes après avoir donné la forme la plus bénigne au début. On devra donc toujours être sur nos gardes. On a vu des cas où l'exsudation était toute disparue et néanmoins la constitution être tellement saturée du poison que la mort a eu lieu par la paralysie du cœur au moment où on croyait la convalescence établie. Les extrêmes quant à la durée de la maladie sont de 36 heures à 4 semaines. Les symptômes les plus défavorables sont donc : l'extrême gonflement des glandes, le changement dans la voix, l'exsudation considérable et foncée et audessus de tout cela l'envahissement du larynx. Dans ces cas la mortalité est de 95 pour cent. Un pouls intermittent tombant à 60 après avoir été plus fréquent indique un grand danger—de même pour les convulsions. Les nausées, les vomissements, la diarrhée et l'épistaxis, surtout s'ils surviennent tard dans la maladie, sont très graves, mais peut-être un peu moins que le coma accompagné de suppression d'urée ou d'albumine dans l'urine. La hausse et la baisse thermométriques sont de mauvais augure. Le traitement se divise en 4 par-

ties : 1^o Hygiénique ; 2^o Local externe ; 3^o Local interne ; 4^o Constitutionnel.—Il faut tenir le malade au lit dès les premiers symptômes jusqu'à la convalescence, par rapport à l'anémie et jusqu'à ce que le pouls soit assez plein et bien régulier ; chambre grande bien aérée, ayant une température de 70 à 75° F., la plus extrême propreté. Tout le corps, mais surtout les yeux, le nez, les oreilles, la bouche, doivent être scrupuleusement tenus nets. Les vêtements et le linge bien nets et désinfectés comme dans la fièvre typhoïde, même les ustensiles à l'usage des malades. Tenir le malade loin des autres membres de la famille et éviter de respirer de trop près son haleine empoisonnée. La règle est de ne déranger ces malades que pour les stricts besoins de la propreté.

Quand vous examinerez la gorge d'un de ces malades, ne manquez jamais de laver parfaitement et de désinfecter l'instrument dont vous vous serez servis. De la chaux fraîchement éteinte mêlée avec du charbon pulvérisé peut être placée dans la chambre comme désinfectant. L'air frais et la clarté sont importants, mais pas de courants d'air directs. Un feu de grille en hiver est ce qu'il y a de mieux surtout pour la ventilation.—Le second point a été l'objet de tentatives de toutes sortes mais de tout cela les fomentations et les cataplasmes chauds sont les meilleurs, soulagent le mieux et hâtent le plus l'enlèvement de la membrane. Le troisième point a donné lieu aux cautérisations, à l'enlèvement forcé des plaques, etc., etc. Fort heureusement pour les parents et pour les malades, ces pratiques n'ont plus que quelques rares adeptes, car en admettant qu'il ne soit pas difficile de faire disparaître mécaniquement par la cautérisation toujours pénible, ces plaques, cela ne les empêche pas de reparaitre au dépens des tissus sous-jacents et plus profonds qui ajoutent plus qu'ils ne diminuent à la gravité du cas et qui ne manquent pas généralement de se former de suite, car vous formez un ulcère sur lequel des plaques plus étendues et plus profondes viennent se fixer. Les astringents ne conviennent guère non plus. Le mieux, ce sont les inspirations de vapeurs de benzoate de soude, grs x par once d'eau chaude, de même qu'en gargarismes, ou par les fosses nasales, au moyen d'une seringue toutes les heures ou toutes les 3 heures. Enfin, en fait de traitement constitutionnel qui est très important, le benzoate de soude, grs xv à l'ÿi d'eau dont ÿi toutes les heures pour un enfant de 5 ans, est, d'après mon expérience, le remède auquel je donne la préférence, et cela le jour et la nuit jusqu'à ce que les plaques soient disparues, alors que j'éloigne les doses de 2 en 2 heures pour les 2 jours suivants, puis de 4 en 4 heures le reste du temps, quitte à reprendre d'heure en heure, si les plaques reparaissent. En outre, veuillez vous rappeler que tous les

débilitants sont défendus. L'alcool peut être uni au benzoate de soude, ʒss toutes les heures pour un adulte et ʒss à ʒi pour un enfant de 2 ans. Sous son action, le pouls diminue et le reste des symptômes s'améliore. C'est surtout lorsque le pouls est intermittent et irrégulier que le besoin de la stimulation devient le plus impérieux, plutôt que lorsqu'il est faible mais régulier. La diète consiste en lait et jaunes d'œufs. Si la dysphagie est considérable, administrez-les par le rectum. Insistez le plus possible sur les bouillons, thé de bœuf, soupes bien cuites, mais jamais de nourriture solide, afin de ne pas irriter, lors de leur passage les surfaces malades et aggraver ainsi le cortège des symptômes. La quinine, le chlorate de potasse, la Tr. de fer, l'acide carbonique, le chlorate de potasse avec l'acide chlorhydrique etc. ont leurs partisans. En somme cette grande diversité de moyens thérapeutiques indique le peu de succès qu'ils ont donné. Ne manquez jamais de voir strictement à la nutrition, ce qui diminuera d'autant la tendance aux paralysies. Si elles arrivent, le *porter* et plus tard la strychnine, le massage (là où il est praticable) l'électricité sont les moyens à leur opposer. Si le larynx est enahé, les pseudo-membranes doivent être enlevées, surtout quand elles peuvent provoquer l'asphyxie... et la trachéotomie ; mais comme il a été dit ci-dessus la maladie est alors excessivement mortelle. En raison de la fréquence et de la gravité de cette affection j'ai dû être un peu long ; j'aurais pu l'être bien davantage, si j'avais exhumé devant vous tous les moyens thérapeutiques qui ont été tour à tour préconisés puis abandonnés, mais j'ai cru devoir me restreindre aux résultats les plus récents et surtout les plus heureux.

Traitement des Ulcères.

A MON AMI LE DR NOIR.

Depuis si longtemps que tu me demandes, et me fais redemander un article, nous allons enfin faire la paix. Voilà qu'un des tiens vient de choisir le sujet, ne gronde pas, ne t'arrête pas trop à la forme et ne vas pas allonger la figure, si le titre n'est pas un mot nouveau. Ce n'est pas ma faute, vois-tu, et après tout chacun ses goûts ; si j'aime les vieux sentiers et que d'autres y trouvent du nouveau, raison de plus d'être satisfait.

On me demande d'écrire sur les ulcères, au point de vue pratique, bien entendu, car je ne voudrais pas déroger aux principes si bien formulés au prospectus de la *Gazette*. Disons de suite que si le nom

ulcère est ancien, il y a eu beaucoup de nouveautés décrites sur ce sujet. Chacun a voulu traiter ce sujet à son point de vue, bien souvent sans égard pour les patients. On a vanté et élevé bien haut certaines substances médicamenteuses, comme possédant la propriété de cicatrifier les plaies.

Et cela sans s'occuper du genre, de la cause, des circonstances, de la constitution et surtout de l'état détaillé de l'organisme, miné par une telle affection. Traiter un ulcère semble chose facile au premier abord, mais interroge et tu verras le grand nombre de ceux qui ont ressenti la pique.

Tu veux savoir le moyen de réussite dans ce champ si bouleversé de la chirurgie. Eh bien, mon bon ami, laisse-moi te dire, en toute sincérité, que le seul, le vrai et l'unique moyen, c'est de savoir distinguer d'une manière précise à quel genre d'ulcère nous avons affaire, et de bien se pénétrer de la connaissance intime des parties intéressées.

Voilà le secret qui échappe souvent à un grand nombre.

On oublie que si l'ulcère ne guérit pas, cela doit être dû à une des trois raisons :

Ou il y a manque d'action dans la partie.

Ou bien il y a excès d'action.

Ou enfin particularité d'action, ce que plusieurs auteurs appellent spécificité d'action.

Le manque d'action doit être manifesté par l'apparence générale, l'état particulier et la condition de l'ulcère lui-même.

Nous disons qu'un ulcère est *faible* lorsque sa surface est plus élevée que la peau environnante, que ses granulations sont larges et flasques, qu'elles ont une apparence ou couleur pâle et œdématisée, même quelques fois noirâtre comme du sang veineux. En examinant ses bords, on les trouve unis et plats, quelquefois légèrement arrondis. La sécrétion est claire, aqueuse, et généralement abondante ; la douleur le plus souvent insignifiante.

Si l'on considère sa base et les parties adjacentes, l'on se convaincra qu'elles sont libres de toute effusion tendant à l'induration.

La cicatrice qui se forme est en s'arrondissant près des bords, généralement elle est d'abord au-dessus du niveau propre de l'ulcère, vers lequel elle descend ensuite pour se contracter en se complétant. Ce genre d'ulcère se rencontre sur les parties dont le pouvoir d'action est affaibli. La faiblesse du système peut aussi en être la cause, surtout chez les enfants. Cependant l'âge, les excès, la mauvaise nourriture, le mauvais air y contribuent très souvent. Il est bon de remarquer que cette faiblesse locale que l'on observe peut être accasionnée par la cause qui a produit l'ulcère. Aussi on voit souvent à la suite d'une contusion

grave, d'une lacération, d'une brûlure, etc., la mortification partielle s'en suivre, les chairs se détacher, et laisser un ulcère qui pendant quelque temps marche assez vite vers sa guérison.

Mais tôt ou tard, la réparation s'arrête et l'état défectueux survient. C'est pourquoi il est admis en principe que tout ulcère tend à devenir défectueux dans son action de réparation, soit par faiblesse générale du système, soit par faiblesse locale.

A présent connaissant les causes et le genre d'affection il doit être facile de traiter.

Disons de suite qu'un être faible a besoin d'être supporté, protégé, stimulé et nourri.

Pour guérir cet ulcère il faut supporter les parties environnantes par un bandage et protéger ses granulations par une couche de charpie

Les stimuler par des lotions légèrement stringentes, tel que sulfate de zinc et tr. de lavande, infusion de colombo, permanganate de potasse, muriate d'ammoniaque, nitrate d'argent, lotia rubra, etc.

Les nourrir en fortifiant le système par une diète généreuse : les toniques, le bon vin, le bon air, et la plus soigneuse propreté. Il ne faut pas oublier, comme stimulants des granulation, les aspersion et douches d'eau chaude, auxquelles j'accorde un grand mérite.

Laissons préconiser les onguents, pommades et pâtes cicatrisantes, et n'hésitons pas à donner la préférence bien méritée aux lotions.

Ayons soin de recouvrir la charpie imbibée, d'un morceau de soie cirée pour empêcher la sécheresse, et recouvrons le tout d'un bandage en toile ou coton, que l'on enlèvera toutes les quatre heures ou plus pour refaire le pansement.

Dans beaucoup de circonstances, pour conserver cette humidité si désirable, je me suis servi d'une éponge très fine, et toujours avec bon résultat. Il ne faudra pas oublier de bien laver cette éponge à chaque pansement.

Passons maintenant au *callex* qui semble reposer paresseusement au milieu de son entourage de coussins que lui forment les tissus oedématiés environnants.

C'est un paresseux, mais charitablement on l'a surnommé *callex* ou indolent, sa surface est lisse, généralement déprimée. Il étale différentes couleurs variant du brun ou du gris au blanc. Ses granulations sont peu apparentes et semblent recouvertes d'une couche de vernis. Il sécrète un liquide visqueux, tenace et fétide. Sa forme est circulaire ou ovale et un tant soit peu irrégulière.

Ses bords sont épais et blanchâtres, on dirait qu'ils sont le résultat d'accumulations de couches épithéliales superposées. On n'observe aucune dureté circonscrite dans son entourage immédiat, mais en

revanche on remarque un gonflement diffus du membre où il siège, ce gonflement au lieu d'être pâteux et de céder facilement à la pression comme l'œdème ordinaire, est ferme et incompressible. La douleur est très variable. Tant qu'il conserve son caractère indolent, pas d'apparence de cicatrice. Nous rencontrons cet ulcère le plus communément aux jambes chez les personnes passées l'âge moyen. C'est un sujet de pratique chirurgicale très malcommode, vu sa grande tendance à récidiver après guérison. Aussi il faut se tenir sur ses gardes et ne jamais trop promettre.

Il entre dans l'exploitation du préjugé populaire, lequel est encore entretenu par un certain nombre de croyants du corps médical. Lequel préjugé consiste à ne rien faire pour la guérison de cet ulcère, parce qu'il sert d'émonctoire à l'économie ; c'est une soupe disent les uns, c'est un cautère, disent les autres.

Laissons-les dire, et mettons sans crainte en pratique le principe établi, et confirmé par l'expérience, que c'est un être dangereux, par l'influence qu'il exerce sur le confort de l'individu, en le privant de vaquer à ses occupations journalières, et en captant son moral par l'ennui ; aussi il faut tout faire judicieusement pour l'en débarrasser le plus tôt possible.

Car c'est surtout parmi les pauvres travailleurs qu'on rencontre cet ulcère ; et c'est souvent lui qui est la cause de la misère de la famille en la privant du fruit du travail du patient. Le traitement le plus généralement enseigné et qu'un grand nombre regarde comme le plus utile, c'est le repos du membre dans la position horizontale, conjointement avec la compression.

Les uns veulent le diachylon pour comprimer. Alors on taille des bandelettes larges de deux bouts de doigt, plus ou moins, suivant la grandeur de l'ulcère, et suffisamment longues pour entourer le membre.

On recouvre l'ulcère en serrant fortement, ayant soin de commencer plus bas que la plaie et que les bandelettes remontent les unes sur les autres. Si la sécrétion n'est pas trop abondante, on renouvellera tous les deux jours.

La plaie doit être soigneusement lavée à chaque pansement.

On recouvre ces bandelettes d'un bandage circulaire partant de l'extrémité des doigts du pied.

Souvent, comme ce genre d'affection se rencontre chez les pauvres, on est porté à ménager. Rappelle-toi bien, mon ami, qu'il ne faut jamais lésiner pour rendre la santé et la vie à un patient.

L'avantage de cette méthode qui, je crois, est due à MM. Whately et Baynlon, est de faire disparaître l'œdème et de diminuer la callosité des bords de la plaie. On attribue ses bons effets à l'action stimulante qu'exerce la compression sur l'état indolent de la partie.

Les autres conseillent les bandages élastiques qui certainement rendent et ont rendu des services éminents dans beaucoup de cas.

Mais, mon cher Dr Noir, ces moyens ne sont pas toujours heureux ; il est bon d'en signaler d'autres.

Tu m'as vu bien souvent, dans mon service, employer l'emplastrum lyttæ et la lancette ou le bistouri.

Le vésicatoire, je l'emploie pour produire une irritation nécessaire pour la réparation et afin de diminuer les bords. A la suite je mets des cataplasmes pendant un couple de jours, et lorsque les granulations ont repris leur vitalité réparatrice, je les soutiens par les lotions d'eau rouge et le bandage compressif.

La lancette ou le bistouri, je m'en sers lorsque les bords sont très épais et raccornis. Je fais des incisions jusque dans le tissu sain, à un quart de pouce de distance.

Quelquefois je pratique deux incisions profondes longitudinales à un pouce ou un peu plus des bords de l'ulcère, que je remplis de charpie ; mon but est de déterminer une inflammation qui amènera l'affaîsissement des bords et excitera la granulation. Il faut bien garder mémoire que c'est un paresseux. Traitons-le comme tel ; fouettons-le par tous les moyens rationnels, si c'est nécessaire pour sa guérison, et donnons au patient les conseils et avertissements propres à empêcher la récurrence, tel que porter le bandage, éviter tous excès et imprudences. Recommandons-lui la bonne nourriture, le bon air, les bains et l'exercice modéré.

En suivant ces préceptes et un régime tonique reconstituant ou stimulant, suivant le cas, la guérison a toute chance d'être permanente et durable.

Passons maintenant à la seconde raison qui entretient l'ulcère, c'est-à-dire l'excès d'action.

Les personnes qui vivent trop bien et qui possèdent des pouvoirs d'action considérables sont plus généralement exposées. Cependant les individus faibles et irritables en souffrent aussi quelquefois.

Ces ulcères peuvent survenir simplement comme l'effet d'une irritation continue soit directe ou indirecte. Ils sont généralement profonds, d'une couleur rouge-brunâtre, d'une apparence irritable, marquée par la rougeur de leur propre surface et celle de la peau environnante. Leur forme est irrégulière, ils ne présentent aucune granulation ; leurs bords sont abrupts et souvent éraillés ; ils sécrètent un liquide clair-séreux et souvent mêlé de sang.

Quelquefois on les rencontre superficiels, d'une forme circulaire irrégulière, ne présentant aucune rougeur, si ce n'est une ligne vive près des bords.

Mais un de leur caractère distinctif, c'est que la douleur qui les accompagne est toujours aiguë.

Tout le temps qu'ils gardent leur tendance irritable, on ne doit pas s'attendre à la formation de cicatrice.

D'autres fois on les rencontre sous la forme inflammatoire proprement dite, avec tous les caractères spécifiques de l'inflammation ; alors le diagnostic est facile.

Une variété que l'on observe en quelques circonstances, c'est le *phagédénique*, ou celui qui tend à s'agrandir ; ses bords seminent ; plus souvent la désintégration moléculaire avance jusqu'à ce que la partie soit rongée sur une étendue superficielle assez considérable. Ce genre peut miner en dessous et décoller la peau à distance. Si par hasard il survenait chez des individus qui sont en nombre, entassés comme dans les camps, à bord des navires, les salles d'hôpitaux mal ventilées, etc., il peut revêtir un caractère plus grave, et frapper la partie de mortification. Nous avons comme exemple cette gangrène d'hôpital qui, sans aucun doute dépend d'une atmosphère malsaine, qui a pour effet d'exciter l'irritabilité outre mesure. Ce qui prouve cet avancé, c'est que le patient bénéficie grandement du moment qu'il est tiré hors de ce foyer délétère.

Comme tu vois, mon ami, l'ulcère qui pèche par excès d'action n'est pas sans gravité ; au contraire, il demande beaucoup d'attention de notre part pour arriver à le maîtriser et le guérir.

Grand nombre de prescriptions favorites sont vantées par les auteurs ; laissons à ceux qui aiment à traiter sur prescriptions la besogne de les étaler, et nous, contentons-nous de raisonner.

Il y a excès d'action ; eh bien, la première chose à faire c'est de la modérer, de la restreindre, en un mot de rétablir l'équilibre. Ce faisant nous ferons disparaître la douleur et l'irritabilité. Nous favoriserons les granulations et encouragerons la cicatrisation par tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques possibles, et par là nous aurons bonne chance de guérir.

Les fomentations, cataplasmes, eau chaude, décoctions de têtes de pavot, camomille, lotion de sulfate de cuivre, de zinc, d'opium, d'acétate de plomb, et le repos de la partie ; les scarifications, les laxatifs, quelquefois les purgatifs sont les moyens les plus souvent employés.

Tous ces moyens sont bons, ils ne deviennent mauvais que lorsqu'ils sont employés intempestivement. La constitution de l'individu, son âge, ses habitudes, son genre de vie, son occupation et le milieu dans lequel il vit sont souvent peu considérés. Surtout de nos jours où la pharmacomanie joue un si grand rôle. On croit devoir tout guérir par

les drogues et souvent, tellement mal mariées et si souvent réptées que l'organisme tout entier proteste avec énergie contre ce système.

Modérons l'excès d'action par les fomentations, les scarifications, les laxatifs, purgatifs, toniques altérants et déprimants même si c'est nécessaire. Restreignons-la par le repos absolu, la saignée locale, les tringents en lotion, le bandage et une diète convenable.

Rappelons-nous toujours qu'un grand nombre d'ulcères sont entretenus par la gourmandise, l'intempérance et les excès ; aussi sachons y mettre un frein en temps et lieu, ce sera avec un régime tonique et hygiénique en même temps, le meilleur moyen, je crois, de rétablir l'équilibre.

On combat la douleur par les applications calmantes, opium, pavot, jusquiame, cocaïne, etc., on excite les granulations par les douches d'eau chaude, les lotions d'eau rouge, les stimulants légèrement astringents, les cautérisations pour détruire l'excès et convertir la plaie en ulcère ayant tendance à guérir.

Si, à la suite, l'état indolent survient, rappelle-toi ce que nous avons dit antécédemment, surtout l'emploi du galvanisme sur l'ulcère et sur son pourtour, ce qui m'a souvent donné des succès.

C'était une croyance assez répandue autrefois qu'un ulcère qui ne guérissait point, ou résistait au traitement le plus accrédité, on le regardait comme possédant une disposition obstinée, et particulièrement maligne ; aussi que d'individus ont enduré la torture d'opérations et d'agents destructeurs, pour complaire à l'idée du temps qui les voulait atteints d'ulcères *spécifiques* ou *malins*.

Nous savons aujourd'hui qu'un grand nombre de ces ulcères réputés spécifiques, n'existent que sous la dépendance d'irritation soit directe, soit indirecte, et qu'ils guérissent aussitôt la cause enlevée.

La cause la plus commune, et celle qui est la moins redoutée, c'est celle qui procède de la suppression des sécrétions, soit des voies digestives et de leur dépendance, ou bien de l'utérus chez la femme.

La plupart du temps on accuse l'individu, ou on le soupçonne à tort, et cela par défaut de tact, ou d'un examen minutieux des détails fournis par tout l'ensemble général.

Si l'ulcère siège depuis assez longtemps, malgré les traitements employés, que la personne semble être altérée dans son apparence, que son système soit un tant soit peu délabré, les fonctions de l'économie ralenties, que les bords de la plaie soient élevés, renversés ou tournés en dedans, que des granulations éparses et bourgeonnantes, avec cicatrisation partielle, dans un coin ou au centre, pendant que le mal s'étend à l'autre extrémité, que la personne soit près de la quarantaine, que la douleur soit une douleur à intervalle presque fixe et de plus que

l'ulcère ait une tendance infiltrative ; dans ce cas, tu pourras être à peu près certain que tu as affaire à un ulcère malin.

Mais, mon ami, ce n'est pas toujours chose facile de reconnaître un ulcère spécifique, vu qu'il se présente sous différents caractères. Citons-en quelques uns : par exemple, sa couleur est habituellement grise, jaune ou pourpre, sa surface est quelquefois profondément encavée, d'autres fois elle s'élève en excroissance fongoiïde, présentant l'apparence d'un chou-fleur, sa sécrétion est variable aussi bien que sa couleur, sa consistance et quantité. La douleur est aussi sujette à fluctuations. La cicatrice présente différentes particularités dans sa manière de formation. Elle commencera tantôt au centre, ou sur un côté, il n'est pas rare de la voir s'élever audessus des bords.

Voilà brièvement les caractères principaux de ces ulcères qui pèchent par particularité d'action et qui ne peuvent être déclarés tels, qu'en autant que l'histoire du cas, l'âge, la constitution, les habitudes de la personne et que l'ensemble général détaillé ne s'y oppose point, sinon on s'expose à passer pour faux prophète, du moment qu'un autre confrère plus expérimenté vient nous contredire.

Examinons, considérons, pesons, et raisonnons avant de nous prononcer, c'est le meilleur moyen d'arriver sûrement.

Quant au traitement, il repose entièrement sur la reconnaissance particulière de l'affection. Si c'est un ulcère syphilitique, donnons les mercuriaux, l'iodure de potassium, les altérants et les toniques. Appliquons localement le *black wash*, l'iodoforme, les lotions de chlorure de calcium, zinc, et surtout que la plus grande propreté règne en maîtresse.

Si c'est un épithélioma, les cautérisations avec potassa fusa, chlorure de zinc, acide arsénieux ou chromique, thermo-cautère, galvano-cautère et ablation par le couteau. Si superficiel, potasse caustique ; si médian, thermo-cautère ; si profond, couteau. Voilà ma manière de procéder.

Rappelle-toi, mon cher docteur, que la célérité d'action, du moment que l'affection est reconnue, c'est l'ancre du succès. Laisse de côté ces pommades ou onguents plus ou moins merveilleux, fais ce qu'une bonne et saine chirurgie t'enseigne. Enlever tout ce qui doit être enlevé, ni trop, ni trop peu. Suis ton patient assidûment, surveille les effets de tes applications, et pare les obstacles qui surgiront. Donne à ton patient l'encouragement si nécessaire pour entretenir cet équilibre harmonieux du moral et du physique.

Aujourd'hui, Dieu merci, nous sommes plus conservateurs et plus profondément pénétrés de cette vérité : être capable de conserver un membre condamné à l'emputation, c'est une gloire ; l'enlever, c'est un état ordinaire. Grave ce principe dans ta mémoire et fais toujours noblement et courageusement ce que ton jugement consciencieux te

dictera ; accorde le mérite à qui de droit, applaudis aux succès bien mérités d'autrui et surtout prends bien garde de te laisser capter par l'orgueil.

J'espère, mon cher ami, que cet épître va assez te ralentir, que tu ne m'en redemanderas plus d'ici à quelque temps.

Bien à toi,

DIEU ME GARDE.

Coup-d'œil sur l'Otologie.

Les connaissances véritablement sérieuses et scientifiques sur les maladies de l'appareil auditif ne datent que de quinze à vingt ans. En effet, c'est depuis ce temps que, laissant de côté l'esprit de routine et une foule d'idées préconçues, les écoles allemandes, anglaises et françaises se sont servies avec tant de fruits des recherches anatomopathologiques afin de faire sortir l'otologie du chaos dans lequel elle se trouvait plongée, grâce aux préjugés et au manque de méthode. C'est ainsi que cette partie de la médecine a pris rang aux côtés de l'ophtalmologie et qu'elle a montré que le dicton : " Il n'y a rien à faire ", était faux. Les anciens avaient borné leurs recherches au conduit auditif externe, et encore, étaient-elles tout-à-fait imparfaites. Car au lieu de faire un examen complet de l'organe, l'on se contentait de regarder superficiellement et d'appliquer une thérapeutique qui était le plus souvent irrationnelle. Ce mode de procéder n'est pas entièrement disparu, car encore aujourd'hui, des praticiens traitent les maladies de l'oreille sans avoir fait un examen minutieux afin d'établir leur diagnostic avec toute la rigueur possible.

En 1646, Fabrice de Hilder inventa le *speculum auris*, instrument qui fit faire un pas immense vers le progrès, mais lui aussi se contenta de l'examen du conduit externe et du traitement des maladies de cette partie de l'organe. Quelques années plus tard, Duverney fit paraître son " Traité de l'organe de l'ouïe " dans lequel il fait l'anatomie normale de l'oreille et décrit certaines maladies inconnues ou très obscures jusqu'à lui. Son exemple fut suivi par quelques médecins, puis tout tomba dans l'oubli le plus regrettable, et pendant que les autres parties de la médecine couraient de progrès en progrès, l'otologie se traînait péniblement dans la médiocrité.

En 1724, Guyot, maître de poste à Versailles, révolutionna les idées en employant, pour la première fois, le cathétérisme de la trompe d'Eustache afin de se guérir lui-même d'une surdité. Cette découverte, due au hasard, donna un nouvel essor aux recherches, mais le tout marcha très lentement en dépit de plusieurs travaux anglais et français.

L'otologie, cette partie si essentielle de la médecine, qui rend et qui est appelée à rendre de si grands services, se voyait tour à tour exaltée puis oubliée comme si elle n'avait jamais existé.

Enfin Itard, puis Triquet, Menière et Bonnafont en France, Lincke et Kramer en Allemagne, parurent et jetèrent par leurs travaux de nouvelles lumières sur l'exploration et le traitement des maladies de l'oreille. Mais ils négligèrent presque complètement l'anatomie pathologique, sans laquelle il ne saurait y avoir ni de diagnostic raisonné ni de thérapeutique sérieuse. Les travaux vraiment scientifiques sur l'otologie nous viennent de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne. C'est dans ces deux pays qu'il s'est rencontré des hommes qui ont relevé moralement et scientifiquement l'otologie et l'ont placée au rang et à la hauteur des grandes spécialités médicales ; place qu'elle aurait dû occuper depuis longtemps si ce n'eût été le mépris que l'on avait eu jusque-là pour elle. Ces deux pays nous ont fourni les Toynbee, les Wilde, les Field, les Lennox-Browne, les Dalby, les Pritchard, les Politzer, les Urbantschitsch, les Gruber, les de Troeltsch, les Weber-Liel, les Moos, etc., etc. A ces observateurs sérieux est venue s'ajouter une foule d'autres hommes de la plus haute compétence et du plus grand esprit scientifique, tels que de Rossi en Italie ; Miot, Desarènes, Ladreit de Lacharrière, Baratoux, Calmettes, Aysagner, Löwenberg, etc., en France ; Knapp, Saint-John Roosa, Blaka, Agnew, etc., aux Etats-Unis. Les méthodes d'examens et les instruments se sont perfectionnés. Un grand nombre de journaux sur la spécialité, tant en français, qu'en anglais et en allemand, se publient et enrégistrent les progrès incessants. Des congrès se tiennent presque tous les ans en France, en Allemagne, aux Etats-Unis, et font voir par les questions qui s'y traitent que l'otologie mérite pleinement la place qu'elle a obtenue après un si rude combat.

Je sais que dans ce pays, comme dans plusieurs autres, l'otologie est entourée d'une foule de préjugés, que l'on se figure qu'il n'y a rien ou presque rien à faire dans ce sens. Je me permets, pour ma part, de différer d'opinion, car je crois, avec tous ceux qui se sont occupés de ces maladies, qu'il y a beaucoup à faire soit pour guérir, soit pour améliorer, soit pour prévenir des conséquences funestes pour la vie. En effet, prenons successivement les divers âges de la vie et passons en revue quelques-unes des maladies de l'appareil de l'audition qui peuvent les attaquer.

Un enfant est pris soit de scarlatine, soit de rougeole ou de variole : un écoulement d'une ou des deux oreilles survient et persiste longtemps après la disparition de la maladie sans que l'on en fasse grand cas. Un beau jour le petit malade est pris de vomissements, de convulsions, de

fièvre, etc. Qu'y a-t-il ? A quoi attribuer tous ces symptômes alarmants ? Rappelez-vous l'écoulement et il vous donnera la clef de l'énigme. Le pus a trouvé une issue vers la boîte crânienne et a provoqué soit une méningite, soit une encéphalite, etc. Une thérapeutique rationnelle appliquée à cette otorrhée aurait certainement sauvé la vie au petit être.

Supposons le cas plus favorable pour la vie. L'écoulement n'est pas traité ; l'appareil de l'audition s'altère profondément et notre patient est condamné à faire partie de cette classe si nombreuse et si infortunée des sourds-muets. Je ne veux pas dire que tous ces malheureux trouvent là la cause de leur infirmité, car il y a aussi des causes d'origine centrale. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'un grand nombre de sourds-muets doivent leur infirmité à la négligence que les parents et certains praticiens apportent dans le traitement de ces écoulements.

L'âge adulte et l'âge moyen sont aussi très sujets aux maladies de l'oreille. Diverses affections du pavillon, du conduit externe, de la membrane du tympan et de la caisse peuvent affecter ces âges. Telles sont les inflammations circonscrites ou diffuses du conduit, la méningite aiguë ou chronique, le catarrhe de la caisse, l'otite moyenne purulente avec toutes ses conséquences (polypes, carie, nécrose, méningite, encéphalite, etc.,) l'otite sèche, le catarrhe de la trompe d'Eustache à la suite de coryza ou de pharyngite, etc., etc. Ici encore, une thérapeutique raisonnée peut rendre de grands services, soit en guérissant, soit en améliorant.

Le vieillard qui est si navré de voir son ouïe baisser de jour en jour, peut aussi très souvent bénéficier de l'otologie. Je ne veux pas prétendre que toujours le traitement lui rendra l'audition qu'il avait jadis, mais souvent on peut empêcher la maladie de progresser et le malade conserve le peu d'audition qu'il a, au lieu de la voir disparaître sans retour.

Il y a bien une classe de maladies de l'oreille qui offre peu de prise au traitement : ce sont les maladies de l'oreille interne. Mais cette partie de la pathologie auriculaire a déjà fait de grands progrès et en fera encore, aidée qu'elle est aujourd'hui par les immenses travaux qui se font afin de débrouiller toute la pathologie du système nerveux. Le praticien, le gynécologiste, le dermatologiste, l'ophthalmologiste, l'aliéniste, etc., n'éprouvent-ils pas les mêmes difficultés lorsqu'ils se trouvent aux prises avec la pathologie nerveuse ?

Laissons les préjugés de côté. Admettons que si la science médicale a fait de si grands progrès depuis ces derniers temps, c'est dû à ce que des hommes d'un mérite supérieur se sont livrés exclusivement à l'étude de certaines parties de la médecine. Les grandes écoles françaises, allemandes et anglaises ne s'enorgueillissent-elles pas de posséder de

tels hommes ? Les sciences médicales sont trop vastes pour qu'un homme puisse toutes les posséder à fond et se tenir au courant des progrès incessants. C'est le seul moyen de voir la plus grande, la plus noble de toutes les professions tenir avec honneur le rang si élevé qu'elle occupe.

DR A. J. B. ROLLAND.

Montréal, le 1^{er} mai 1887.

A TRAVERS LA PRESSE ANGLO-AMÉRICAINNE.

Nous avons parlé, le mois dernier, de l'usage de l'antifébrine ; nous allons maintenant citer quelques observations sur ce médicament tel qu'employé dans la phthisie pulmonaire.

Administrée dans un bon nombre de cas par le Dr. Caldwell, à l'hôpital St. Joseph de New-York, elle a produit les meilleurs résultats, et ce médecin est arrivé aux conclusions suivantes qu'il publie dans le *Medical Record* du 16 avril.

1^o Ses effets antipyrétiqnes dépassent ceux de la quinine, de l'acide salicylique et des autres médicaments de cette classe, sans en avoir non plus les inconvénients.

2^o Elle arrête très promptement les frissons et diminue la vitesse des pulsations cardiaques.

3^o Elle ne dérange jamais la digestion et peut être supportée dans le cas de grande irritation gastrique.

4^o Sur le système nerveux elle agit comme sédatif et produit ainsi une sensation de bien-être.

5^o Par contre elle provoque parfois une diaphorèse assez marquée et dans un petit nombre de cas, de la cyanose.

Il serait donc très utile d'en faire l'essai surtout dans le cas de diphthérie ou le mouvement fébrile est très accentué, et où les fébrifuges ordinaires semblent ne pas réussir.

* * *

Le *British Medical Journal* du mois de février nous arrive avec un travail de Sir Andrew Clark sur le pronostic dans les maladies valvulaires du cœur. Or, comme l'éminent médecin de Londres est une autorité sur ce sujet, nous nous empressons de faire part à nos lecteurs de ce qu'il en dit.

Après avoir cité un grand nombre de cas où la lésion cardiaque

avait existé plus de cinq ans sans causer de symptômes sérieux, l'auteur résume ses opinions dans les conclusions suivantes :

1° Beaucoup de sujets, affectés depuis longtemps de maladies valvulaires du cœur, et menant une vie d'activité, atteignent un âge avancé, sans jamais souffrir d'aucun symptôme cardiaque.

2° Le bruit de souffle, que l'on rencontre dans les lésions mitrales chez les cholériques, disparaît généralement, huit ou neuf ans après la cessation des symptômes de cette maladie.

3° L'endocardite, et ses suites, arrivant pendant le rhumatisme articulaire, disparaît souvent sans laisser de traces chez les jeunes sujets et parfois aussi chez les gens qui ont atteint l'âge moyen.

4° Même lorsque les lésions valvulaires persistent, nous voyons souvent les perturbations de respiration et de circulation qu'elles causent disparaître aussi, et une compensation parfaite s'établir.

5° Que les dérangements secondaires qui résultent des lésions valvulaires provenant très souvent du milieu où se trouve le malade, et des occupations auxquelles il se livre, il est très important pour le médecin de reconnaître de bonne heure ces causes et de les écarter.

L'auteur recommande aussi une étude sérieuse de ces maladies par voie d'investigation collective, affirmant que les praticiens sont plus en position que tous autres de fournir des données précises sur ces cas.

Pour plusieurs de nos lecteurs ces conclusions ne feront que formuler des opinions qu'ils ont entretenues depuis longtemps, et ils y verront précisément ce qu'ils ont bien des fois observé en pratique.

En effet, combien de fois n'arrive-t-il pas au praticien de découvrir *occasionnellement*, dans le cours d'une autre maladie, un bruit de souffle au cœur ; ou bien en examinant un sujet pour l'assurance n'est-il pas obligé de le rejeter pour ces mêmes raisons. Il en est de même aussi des autres assertions, et l'expérience démontre l'avantage qu'il y a de dissimuler souvent l'existence de ces bruits et de laisser le malade sous l'impression que son cœur est parfaitement à l'état normal.

* * *

Le *Lancet* de Londres cite une étude par le Dr Trussewitsch de St. Pétersbourg sur les indications de l'usage de la nitroglycerine C médicament est très utile dans toutes les névralgies où il y a pâleur de la face indiquant une anémie cérébrale, mais là où il y a congestion des artères faciales, il ne peut être employé sans aggraver le mal. Il en est de même de l'asthme et des autres névroses. Quant à la dose, c'est le pouls qui en donne l'indication la plus certaine. Si l'artère radiale est compressible, il vaut mieux débiter par une goutte de la

solution d'un pour cent. Si la tension artérielle, au contraire, est très grande, deux gouttes peuvent être administrées.

* * *

En parlant de la Nitroglycerine nous pouvons ajouter que c'est un remède des plus puissants et dont il faut surveiller strictement les effets. Elle est certainement d'une grande valeur dans les épilepsies non convulsives ; dans plusieurs cas de *petit mal*, l'on a vu cesser complètement les symptômes après en avoir fait usage.

Le Dr H. C. Wood, de Philadelphie publie un article dans la *Therapeutic Gazette* au sujet du traitement de la Phthisie par l'usage d'Hydrogène sulfuré. L'application de cet agent thérapeutique se fait par l'injection d'une certaine quantité de gaz dans le rectum. D'après plusieurs observations, le traitement n'atteint pas le but que l'on s'était proposé ;— celui de détruire le *bacillus tuberculosis*, au contraire, Dujardin-Beaumetz a démontré que l'hydrogène sulfuré n'a aucun effet sur cet organisme. Il est cependant très effectif sur les suites du développement des tubercules, c'est-à-dire, sur la bronchite et les autres lésions pulmonaires—et l'injection du gaz a réussi d'une manière notable dans plusieurs cas d'emphysème et de catarrhe des bronches, où il n'y avait pas de tuberculose. La seule difficulté qui existe dans l'administration consiste dans l'aménagement d'un appareil spécial.

DR M.

COMMUNICATION

INSTITUT VACCINOGENE DU " DOMINION " SITUÉ CHEMIN
STE. FOYE, QUÉBEC.

A Messieurs les Médecins,

Cet établissement a été fondé par le Gouvernement Provincial dans le but de fournir à notre population un vaccin pur, et par le fait même, faire cesser cette antipathie qui existe non contre la vaccination, mais contre l'emploi de vaccin provenant de l'étranger.

Cet Institut Vaccinogène, à l'instar de ceux de la France et de l'Angleterre, est soumis à une surveillance rigoureuse de la part du Gouvernement, et nul vaccin ne peut être livré au commerce avant d'avoir été préalablement inspecté ; ainsi Messieurs les Médecins peuvent être parfaitement certains qu'en s'adressant à cet établis-

sement ils recevront toujours de la lymphe très pure, ne causant jamais de ces accidents regrettables que l'on a déplorés trop fréquemment après s'être servi de ces vaccins contenant des corps étrangers v.g. pus, sang, débris de tissus, etc., etc., et que l'on rencontre malheureusement trop souvent dans le commerce.

Le vaccin n'est garanti d'une manière positive que pendant l'espace de trois semaines, et afin qu'il n'y ait pas d'erreur ou de duperie, chaque enveloppe contenant le vaccin portera la date de l'emmagasinage et la signature du Médecin Gérant.

PRIX.—Une boîte contenant 10 pointes \$1.00.

Une remise libérale est accordée aux Bureaux de Santé et à Messieurs les Pharmaciens.

DR. ED. GAUVREAU,
Propriétaire et Gérant.

Médecine pratique. *

Le Dr. L. Batut étudie les troubles auditifs de la scarlatine franche sous quatre chefs : A. Surdité définitive : B. Surdité temporaire : C. Catarrhe du conduit auditif et de l'oreille moyenne ; D. Diphtérie du conduit auditif et de l'oreille moyenne.

A. *Surdité définitive.*—Assez rare, elle s'établit généralement d'emblée et sans retentissement général. Peut-être faudrait-il la regarder comme étant le résultat d'une otite labyrinthique secondaire. Fournié la croit produite par une impression miasmatique directe des centres auditifs. Leyden y reconnaît l'action de micrococci développés dans le liquide arachnoïdien. La cophose ne serait en rien soumise à l'influence de l'âge ou du sexe ; on ignore si elle frappe plutôt une oreille que les deux à la fois.

B. *Surdité temporaire.*—Elle surviendrait dans la convalescence de la maladie ; durée relativement courte. Examen de l'oreille négatif.

C. *Catarrhe du conduit auditif et de l'oreille moyenne.*—Il peut être simple, soit primitif, soit consécutif à l'ouverture dans l'intérieur d'abcès circonvoisins ; ou bien encore l'otite externe peut s'accompagner de suppuration. On observe encore des myringites, soit la forme catarrhale, soit la forme purulente, soit la forme scléreuse. Enfin l'oreille moyenne peut à son tour offrir les deux ordres de processus.

Ces otites exanthématiques sont dus à une congestion de longue durée de la muqueuse pharyngienne avec propagation à la trompe et

* Des complications du côté de l'oreille dans le cours de la scarlatine.

à la caisse. La muqueuse de celle-ci, simplement hyperhémisée au début, devient ensuite le siège d'une éruption variable suivant le genre d'exanthème. Dans la scarlatine, à l'éruption du début, succède la suppuration qui amène à son tour la production de bourgeons polipiformes. Ceux-ci plus tard amèneront la perforation du tympan.

La présence du pus entraîne : 1^o l'oblitération de la trompe et du canal petro-mastoïdien ; 2^o la compression de la corde du tympan avec paralysie unilatérale du goût ; 3^o la compression des osselets, suivie bientôt de leur luxation.

Le pus peut s'écouler à travers la membrane tympanique et entraîner avec lui les osselets de l'ouïe ; il peut aussi fuser dans l'arrière-gorge par la trompe ; on le voit encore parfois envahir les cellules mastoïdiennes et y déterminer de graves complications. Vient-il à corroder les parois de l'aqueduc de Fallope, on a de l'hémiplégie faciale. On a vu survenir des hémorragies mortelles consécutives à l'ulcération des vaisseaux jugulaires ou carotidiens. Enfin, à la suite d'une phlébite de la jugulaire et du sinus latéral, on observa l'abcès du cerveau avec infection purulente.

Les symptômes locaux et généraux soigneusement constatés permettront d'établir sûrement le diagnostic.

Le pronostic, grave le plus souvent, découle de ce qui vient d'être dit.

Dans l'otite moyenne aiguë, on pourra au début entourer le cou avec de la glace et avoir soin de mettre un tampon d'ouate dans le conduit auditif externe. On pourra aussi faire usage localement des préparations iodées. Les douleurs seront calmées par des injections d'eau tiède avec 20 gouttes de teinture d'opium dans l'oreille. La quinine aura pour effet d'éviter les douleurs intermittentes du soir. La période aiguë passée, une insufflation d'air dans la trompe avec le ballon de Politzer redressera la membrane du tympan et produira un effet immédiat.

Si les symptômes ne s'amendaient pas, on devrait faire la paracentèse du tympan, et une insufflation par Politzer pour chasser le pus par le conduit auditif. S'il y a stagnation du pus dans l'oreille, on fera des injections d'infusion de camomille, de mauve ou de lait ; mieux vaut encore le sulfate de soude.

D. *Diphthérie du conduit auditif de l'oreille moyenne.* — Burckhardt admet que les formes graves d'otite moyenne de la scarlatine tiennent à une inflammation croupeuse diphthérique de la muqueuse auriculaire, inflammation propagée du pharynx. De nombreuses observations viennent à l'appui de cette opinion. On comprend aisément qu'il en soit ainsi, en songeant combien fréquemment se rencontrent ensemble la scarlatine et la diphthérie d'une façon épidémique ou endémique.

Si l'on admet avec Buckhardt que les otites scarlatineuses graves sont d'origine diphtérique, on pourra, comme lui, faire la cautérisation des plaques diphtériques avec une solution à 10 pour cent d'acide salicylique dans l'alcool. Le même auteur pratique la douche nasale avec de l'eau tiède additionnée de sel marin.

Le tympan sera nettoyé avec le constricteur des polypes de Wilde ou avec une curette gynécologique.

Lorsque le processus continue et qu'il se produit une otorrhée profuse, on institue les trois traitements à l'acide salicylique, phénique et borique.

M. Baut passant à la question de l'*otite labyrinthique* rappelle que parmi les causes de congestion de l'oreille interne, M. Ladreit de Lacharrière signale les fièvres graves et en particulier, la fièvre typhoïde. Pour cet auteur, l'*otite labyrinthique* peut être primitive, comme l'admet aussi Voltolini, mais elle peut aussi être secondaire. (*Archives de Méd. et de Phar. milit.*)

M. NATIER.

Traitements de la Diphtérie.

La diphtérie a eu de tout temps le privilège de susciter de nombreux traitements. Le *Moniteur thérapeutique* indique quelques procédés qui lui ont été fournis par ses correspondants et dont voici le résumé succinct :

1^o Le Dr Michou, député de l'Aube, croit que ce n'est pas à la fausse membrane qui n'est que le dépôt, en tel ou tel endroit, du produit de la maladie, mais bien à l'état général qu'il faut s'adresser ;

2^o Le Dr Cochetoux a traité avec un succès complet, et au moyen de cautérisations avec du nitrate acide de mercure pendant les deux premiers jours, puis avec du jus de citron pendant le reste du temps, sept enfants manifestement atteints de diphtérie ;

3^o Puis vient le Dr Pombourcq qui préconise le sulfure de calcium associé à la digitaline. Celle-ci lui paraît très bien supportée par les *organismes malades et fébricitants*. Il faudrait cependant se défier de cette tolérance qui pourrait bien n'être due qu'au manque d'absorption ;

4^o Enfin, le Dr Couëtoux estime que dans le traitement de la diphtérie, les vaporisations antiseptiques doivent être considérées comme une médication très précieuse et très rationnelle. Mais l'antisepsie, pour être tout à fait efficace, sera accompagnée d'un isolement *convenable et complet* ;

5^o Le Dr Brondel, qui sur 200 cas aurait obtenu 200 guérisons,

soumet d'abord ses malades à une antiseptie rigoureuse et leur administre, comme médicament curatif, le benzoate de soude, auquel il a, depuis trois ans, ajouté le sulfure de calcium.

Pour terminer il faut citer le peroxyde d'hydrogène recommandé par Hofmolk ; le vinaigre pur employé comme antiseptique en badiageonnages et en gargarismes par Engelmann et enfin, la cautérisation ignée recommandée par Blabaum et qui doit être absolument déconseillée.

Inutile d'ajouter que dans les mains de leur auteur, ces différentes médications ne comptent guère que des succès (*Moniteur thérapeut.*, n° 12, 6 déc. 1886).

M. NATIER.

De la valeur thérapeutique des injections gazeuses rectales d'acide carbonique et d'acide sulfhydrique dans la tuberculose pulmonaire, par les Drs SPILLMANN et P. PARISOT.

Avant d'entrer dans l'exposition des résultats thérapeutiques qu'ils ont obtenus, ces deux auteurs se posent deux questions importantes :

1^o A la suite d'une injection de quatre litres de gaz environ, jusqu'à quelle hauteur remonte la distention intestinale ? Ils ont pu, sur le cadavre, constater que seul, dans ce cas, le gros intestin se dilatait ; aussi pensent-ils que ces injections pourraient être utilement appliquées quand il s'agit de déterminer la position du gros intestin. Avec des injections d'un volume supérieur à quatre litres, il se produit des éraillures de la paroi intestinale, peut-être même pourrait-on avoir, chez des sujets déjà affaiblis, une parésie du gros intestin.

2^o Quelle quantité d'hydrogène sulfuré déplacent et entraînent quatre litres de gaz carbonique, après avoir barboté dans un flacon contenant une eau minérale artificielle ? Il résulte d'expériences faites à la Faculté de Nancy, que cette quantité est excessivement minime et que la lenteur de passage de l'acide carbonique a une influence sur la quantité de H₂S dégagée.

Comme conclusion, la méthode du Dr Bergeron serait impuissante à prévenir les poussées tuberculeuses ; bien plus, elle est incapable d'arrêter l'évolution de la phthisie. Les sueurs ne semblent pas avoir été influencées par la médication. Pas d'abaissement de la température.

L'appétit n'est pas modifié ; mais on peut avoir avec cette médication des troubles intestinaux heureusement passagers, et de plus, par suite du ballonnement du ventre, on a des dérangements dans l'heure des repas, et un séjour prolongé au lit est nécessaire. Le poids est

sensiblement demeuré le même, l'état général reste ici comme dans les autres médications, sous l'influence de l'évolution tuberculeuse. Le sommeil est calme, réparateur et serait dû, d'après les auteurs, à l'action de l'acide carbonique seul.

En fin de compte, MM. Spillmann et Parisot en arrivaient à conclure que la médication gazeuse rectale est palliative et non curative (*Journal des Conn. méd.*, du 27 janvier 1887, n° 4).

M. NATIER.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

ANTIPYRINE.—Nouveaux développements

M. Germain Sée lit à l'Académie des Sciences. un mémoire sur l'action de l'Antipyrine contre la douleur.

La propriété *hypothermique* de ce médicament ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt secondaire en regard des effets remarquables qu'elle produit sur l'élément *douleur*. Dans les accès de *goutte aiguë ou chronique*, dans les attaques de *rhumatisme lent*, la douleur disparaît rapidement sous l'influence de 3j à 3jss d'antipyrine administré chaque jour pendant une semaine. Mais c'est surtout dans les *troubles nerveux* de la sensibilité que l'antipyrine produit ce *maximum d'action* : les *névralgies faciales*, les *migraines* cèdent facilement à son emploi.

Les douleurs fulgurantes du début de l'*ataxie locomotrice* sont calmées par l'antipyrine au moins aussi bien que par l'acétanilide : la première de ces substances a sur la seconde l'avantage d'être d'un maniement plus facile et moins dangereux. Les douleurs angoissantes des *maladies du cœur*, de l'*aorte* et des *artères cardiaques* cèdent sous l'influence de 3j à 3jss d'antipyrine.

Ce précieux médicament doit toujours être administré par doses de 15 grains, à une ou trois heures d'intervalle dans un demi-verre d'eau glacée.

L'inconvénient le plus sérieux de son emploi consiste dans une éruption semblable à celle de la scarlatine, mais qui disparaît facilement.

Les expériences faites par M. Gley sur les animaux montrent que l'antipyrine produit une véritable *analgésie* dans le membre où elle a été injectée : elle paraît agir sur les terminaisons des nerfs.

Quoiqu'il en soit, l'antipyrine est un des médicaments *les plus efficaces et les plus inoffensifs* contre la douleur.

(PAUL LOYE, in *Progrès Médical*.)

PICRATE D'AMMONIAQUE DANS LES MALADIES PALUDÉENNES.

Le Dr H. Martyn Clark, de la *Mission Médicale* d'Amritsas, Punjab, a traité plus de dix mille cas de maladies paludéennes avec le picrate d'ammoniaque. Il a tenu un registre d'à peu près 5,000 cas. Sur ces 5,000 cas, neuf seulement ont résisté à ce traitement. Il eut alors recours à la quinine et avec succès.

Il administra le picrate d'ammoniaque à la dose d'un huitième à un grain et demi, quatre ou cinq fois par jour en pilules. La moyenne des doses a été d'un demi grain.

Dans la majorité des cas, un demi grain donné avant l'heure de l'accès en prévenait le retour. Dans 20 par cent des cas, la guérison arrivait après 2 ou 3 accès.

Dans un seul cas de fièvre quarte il y eut six accès malgré des doses élevées. Les insuccès n'eurent lieu que dans la forme tierce.

Le Dr Clark a aussi employé cet agent dans le traitement de vingt-cinq cas de névralgies paludéennes, six cas de céphalalgie et un cas de coliques de même origine.

Dans tous ces cas la cure fut complète et prompte.

Outre qu'il est moins cher et se donne à plus petite dose que la quinine, le picrate d'ammoniaque ne produit pas de céphalalgie, surdité et de bourdonnements d'oreille.

(*Chemist and Druggist.*)

CRAYONS D'IODOFORME.

Le Dr Oscar V. Peterson, de St. Pétersbourg, recommande dans le traitement de la syphilis, des crayons composés de 50 à 70 *per cent* d'iodoforme, ainsi que de glycérine et de gomme arabique. Au contact de ce crayon les chancres et les ulcères chancroïdes se chargent d'une couche plus ou moins épaisse d'iodoforme.

Le principal avantage de cette méthode est de protéger le patient contre l'odeur désagréable du médicament. (*British Medical Journal.*)

SALOL.

Le Dr Kleifeld fait l'appréciation suivante de la valeur thérapeutique de cette substance qui est composée de 60 pour cent d'acide salicylique, de quarante pour cent d'acide carbolique. " D'après mon expérience " dit-il, " le Salol a, comme le salicylate de soude et l'antipyrine, une influence *spécifique* (?) dans la polyarthrite rhumatismale, mais leur est préférable pour les raisons qui suivent : 1^o. il ne cause point de collapse, de vomissements, ni de bourdonnements d'oreille ; 2^o il est plus agréable à prendre ; 3^o Il coûte moins

cher. La dose ne doit pas dépasser 3ss trois fois par jour, mais la moitié de cette dose est généralement suffisante." (*British Medical Journal.*)

Sur la Colchicine.

MM. A. Mairet et Combemale ont publié dans les *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences* des recherches très importantes sur la toxicité de la Colchicine. Nous reproduisons ici le résumé de leurs recherches :

1^o Le tableau symptomatique et les résultats microscopiques prouvent que la colchicine se comporte comme un poison irritant pouvant porter son action du côté de tous les organes, mais avec prédominance, toutefois, du côté du tube digestif et des reins.

2^o La dose toxique minima de la colchicine chez le chien et chez le chat est variable, suivant que l'on introduit cette substance par la voie hypodermique ou par la voie gastrique. Dans le premier cas, cette dose est de 0 gr. 00571 ; dans le second, de 0 gr. 00125 par kilogramme du poids du corps.

3^o L'action toxique de la colchicine se produit plus rapidement par la voie hypodermique que par la voie stomacale.

4^o La colchicine s'élimine par divers émonctoires et en particulier par les urines ; mais cette élimination est lente, et des doses non toxiques et relativement faibles (0.00016) par kilogramme du poids du corps, peuvent amener la mort dans l'espace de cinq jours.

5^o La colchicine congestionne les extrémités articulaires et la moëlle osseuse.

6^o A dose thérapeutique, la colchicine agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, et cela par suite d'une action congestive et irritative sur les reins et le tube digestif.

7^o Les effets thérapeutiques sont les mêmes que l'on introduise cette substance par la voie sous-cutanée ou par la voie stomacale ; mais les effets sont plus rapides par la première et la dose nécessaire doit être moindre. L'homme est trois fois plus sensible que le chien et le chat à l'action de la colchicine ; on peut fixer chez lui à 2 ou 3 milligrammes la dose totale pour amener la diurèse, et à 5 milligrammes la dose purgative.

8^o La colchicine augmente l'excrétion de l'acide urique et produit, du côté des surfaces articulaires et de la moëlle osseuse, des congestions donnant lieu à deux ordres d'effets intéressants à rapprocher des effets purgatifs, pour rendre compte du mécanisme de l'action de cette substance dans certaines maladies, la goutte en particulier. Elle diminue

la quantité d'acide urique contenue dans le sang et produit une irritation substitutive au niveau des surfaces articulaires ; mais son accumulation dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre prudent dans son emploi.—(*Journal de Médecine de Paris.*) M. BOYMOND.

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE.

Pansement Antiseptique.

R Thymol,	1 partie
Alcool,	10 "
Glycerine,	20 "
Eau,	100 "

Faites dissoudre le thymol dans l'alcool, ajoutez la glycerine, enfin l'eau.

Employé au pansement des plaies et des ulcères.

Désinfectant de l'air dans la chambre des malades.

R Huile de Romarin	10 parties
" Lavende	2 "
" Thymol	2 "
Acide Nitrique	30 "

Agitez le mélange, saturez-en une éponge et exposez-la à l'air.

Cystite. (RELIQUET.)

1° Prendre, matin et soir, un grand lavement d'eau tiède,

2° Une heure après le lavement, introduire profondément dans le rectum le suppositoire suivant :

R Iodoforme,	grs ij
Ext de jusquiame,	gr jss
Beurre de Cacao,	ʒij

pour un suppositoire.

3° En cas de sécrétion uréthrale, prendre matin et soir une pilule, contenant deux grains de terpine. (*Journal de Médecine, Bordeaux.*)

Lumbago. (REMÈDE INSTANTANÉ !)

Le Dr Burgraeve recommande la préparation suivante :

R Collodion,	} aa parties égales.
Tr. Iodini,	
Liq. Ammoniaë	

M. Appliquez généreusement avec un pinceau de poil de chameau.

Rhumatisme. (HOPITAL ST. LUC.)

R Pot. Iod.	ʒij
Vin. Colchici sem.	ʒij
Tr. Opii Camphor.	ʒij
Tr. Stramonii,	ʒvj
Tr. Cinicifugæ,	ʒij

M. Une cuillerée à thé 3 fois par jour. —(*Medical Record.*)

Mixture adoucissante et calmante pour les Phthisiques

Le Dr J. B. Johnson de Washington, écrit au *Medical and Surgical Reporter*: De toutes les mixtures destinées à stimuler les phthisiques apaiser la toux, calmer l'irritabilité nerveuse, je n'en connais aucune qui égale la suivante en efficacité :

R Syr. Rad. Glycyrrhiza	ʒj
Arom. Syr. Rhei	ʒss
Fl. Ext. Opii	ʒj
Liq. Ammon. Acet.	ʒv

M. Secouez bien.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les 2 ou 3 heures.

Les malades aiment beaucoup cette mixture qui ne dérange en rien les fonctions digestives. Si la constipation survient, on la combat efficacement avec une dose occasionnelle de poudre de réglisse comp.

—(*Medical Record.*)

Catarrhe gastrique.

Le professeur Du Costa recommande :

R Calomel.	gr ¼
Sodæ bicarbonat.	gr ij

M.—A prendre tous les soirs.

En outre il prescrit : Sodii phosphat. ʒj soir et matin.

Catarrhe nasal.

R Iodoformi,	gr x
Acid. tannic.	ʒ j
Ol. Citronnellæ,	gtt ij

M.—Prenez matin et soir.

Chloro-Anémie, Aménorrhée.

R Hydrarg. bichloridi,	gr ss
Sodæ arseniatis,	gr iij
Strychniæ sulphat.	gr j
Vini ferri,	ʒxvj

M.—Une cuillerée à thé dans un peu d'eau après chaque repas.

ILLUSTRATIONS MÉDICALES

LE DOCTEUR RICORD

S'il est un homme dont la réputation soit populaire, non-seulement en France, mais encore en Europe, pour ne pas dire dans le monde entier, certes c'est le docteur Ricord.

Plusieurs années se sont écoulées depuis que je vis l'illustre docteur pour la première fois.

Depuis six mois j'habitais la capitale où j'étais venu continuer ou plutôt commencer sérieusement des études médicales à peine ébauchées dans une école de province, lorsqu'un beau matin du mois de mai, quelqu'un heurta violemment à ma porte. Encore tout endormi, je me levai et ouvris machinalement. C'était mon ami Ernest C..., aujourd'hui médecin, qui venait me proposer de l'accompagner à l'hôpital du Midi. Je le remerciai de l'occasion qu'il m'offrait de voir le savant syphiliographe et m'habillai à la hâte.

En moins de cinq minutes nous étions dans la rue. Nous traversâmes gaiement le Luxembourg,—on pouvait le traverser gaiement alors! — puis, prenant par le carrefour de l'Observatoire et la place des Capucines, nous arrivâmes enfin à l'hôpital. Il était trop tard! Lorsque nous entrâmes dans ces salles remplies d'hommes aux figures blêmes, amaigries, aux yeux caves, aux lèvres pendantes et décolorées, portant sur leurs corps des ulcères affreux, et sur leurs fronts le stigmate du vice et de la débauche, un infirmier nous dit que la visite était terminée et que M. Ricord devait faire sa clinique.

Nous descendîmes dans le jardin. Quelle ne fut pas ma surprise de voir le docteur, assis sous les tilleuls, faisant sa clinique en plein air, Autour de lui, placé sur des chaises et des bancs rangés en cercle, se tenait un auditoire nombreux, composé de médecins et d'élèves de tous les pays, écoutant avec passion les doctrines développées par le célèbre chef d'école, et applaudissant avec fureur les nombreux traits d'esprit dont il parsemait son discours.

Je trouvai cette innovation charmante; et ces leçons faites ainsi, sous forme de causerie, en plein air, sous les arbres, dans un jardin fleuri et embaumé, me parurent bien préférables à ces discours froids et empesés, prononcés dans un amphithéâtre sombre et monotone.

L'éminent professeur faisait, ce jour-là, sa première leçon ; il la consacra naturellement à l'histoire de

Ce mal qui répand la terreur,
Mal que le ciel en fureur
Inventa pour punir les crimes de la terre...
(La V..., puisqu'il *ne faut pas* l'appeler par son nom.)

Comme il racontait que Christophe Colomb nous l'avait ramené d'Amérique :

—L'Amérique nous a donné le mal, elle devait nous donner le remède, interrompit un docteur bien connu des élèves, le père Dupré, qui était familier de Ricord.

Le mot eut du succès.

Le père Dupré le mit en quatrain :

Cristoph'Colomb, en passant le Tropique,
Nous rapporta ce qu'il avait conquis,
Et tu devais, enfant de l'Amérique,
Guérir le mal qui vient de ton pays.

Philippe Ricord est, en effet, originaire du pays découvert par Christophe Colomb. Il naquit le 10 décembre 1800 à Baltimore, dans les Etats-Unis. Sa jeunesse se passa dans sa ville natale, où il fit de brillantes études. Il avait vingt ans, lorsque son père, riche armateur, l'envoya à Paris compléter son éducation et étudier le droit.

Ayant un jour été conduit par un de ses amis à l'Hôtel-Dieu, le jeune Ricord entendit une leçon de Dupuytren qui produisit sur lui un tel effet, que dès ce moment, et sans attendre le consentement de son père il déserta les bancs de l'Ecole de droit pour l'amphithéâtre de l'Ecole de médecine. Au bout de trois ans d'études sérieuses, il fut nommé interne au concours.

On l'envoya justement dans le service de Dupuytren, — *l'assassin du bord de l'eau*, comme l'appelait Lisfranc, son collègue de la Pitié, que Dupuytren décorait à son tour du titre de *bourreau de la Pitié*.

—Dupuytren, l'homme terrible et redouté, qui, pour une minute de retard, rayait un élève de son service.

Le fameux chirurgien avait eu des querelles avec tous ses internes. Le jeune Ricord ne devait pas faire exception. En effet, un jour, un malade du service avait passé de vie à trépas sans l'autorisation du maître. Le lendemain, Dupuytren trouvant le lit vide :

—Ce malade doit être mort du *delirium tremens*, dit-il gravement.

—*Delirium tremens* ! Pas si mince que ça, puisqu'il en est mort, murmura Ricord assez fort cependant pour être entendu.

Dupuytren se retourne, regarde son interne d'un œil courroucé, le tance vertement et finalement le chasse de son service.

En 1826, le jeune Ricord passait sa thèse de docteur, et se fixait à Paris pour continuer ses études et arriver, par le concours, aux divers grades qu'il ambitionnait, lorsqu'il reçut un jour une terrible nouvelle. Son père, à la suite de spéculations malheureuses, avait perdu toute sa fortune et restait sans aucune ressource. Le nouveau docteur dut donc se résoudre à aller s'ensevelir dans une petite ville de province, pour y vivre obscur et sans gloire dans l'exercice de sa profession. Un poste était vacant à Olivei, près d'Orléans, il s'y rendit, mais résolu cependant à rentrer à Paris à la première occasion.

Celle-ci se présenta deux ans après. Un concours pour plusieurs places de chirurgien s'ouvrait au bureau central. Ricord déserta ses malades, vint à Paris, concourut et sortit premier de la lutte.

Nommé, trois ans après, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi, il y est resté jusqu'en 1860, époque à laquelle il prit sa retraite.

C'est au Midi que, pendant trente ans de sa vie, l'illustre spécialiste a prêché sa doctrine. C'est à son école que sont venus se former des médecins de tous les pays. Jamais maître ne fut plus aimé de ses élèves. Jamais professeur n'eut plus de popularité. Mais aussi, quel charme dans ses leçons faites sous les tilleuls, comme vous le savez, et toujours assaisonnées d'anecdotes plus piquantes les unes que les autres. C'est au Midi qu'il développa sa fameuse théorie sur la transmission de cette maladie terrible qu'on connaissait si imparfaitement avant lui.

Le docteur Ricord est un savant qui a rendu d'immenses services à la science et à la pratique, Tout le monde sait avec quelle loyauté scientifique, digne d'un véritable savant, il a reconnu en quoi quelques détails de sa doctrine devraient être modifiés par suite d'une longue observation. Mais tout le monde sait aussi que tous les grands principes sur lesquels repose sa thérapeutique sont restés inébranlables au milieu du débordement inouï de doctrines nouvelles, de semi-doctrines, de quart de doctrines qui encombrant aujourd'hui le domaine de la science.

Le docteur Ricord a été un professeur très-remarquable ; mais son enseignement a toujours été libre. Jamais,—grâce à la benoîte Faculté ennemie jurée des spécialistes,—il n'a fait d'enseignement officiel.

L'illustre docteur a été élu, en 1867 président de l'Académie de médecine, au sein de laquelle il était entré en 1850,— et cela bien à son insu et sans qu'il en eût brigué l'honneur. Car la Faculté, qui siège en grand nombre à l'Académie, avait proposé un des siens, M. Denonvilliers, voulant ainsi encore exclure des honneurs académiques un homme qu'elle avait déjà empêché d'entrer à l'École. Mais la majorité

s'est souvenue que l'Académie était un terrain neutre où toutes les notoriétés des sciences médicales, officielles ou non, doivent pouvoir aspirer ; qu'elle représentait enfin un principe libéral, démocratique même, et elle a nommé M. Ricord pour occuper le fauteuil de la présidence. Nous avons applaudi de bon cœur à cette nouvelle preuve d'estime et de considération que l'illustre spécialiste venait de recevoir de ses éminents confrères.

Le docteur Ricord a été peut-être, le médecin de Paris le plus occupé, par suite de son immense clientèle. Sa vie a été excessivement active. Tout son temps était employé à soulager l'humanité souffrante.

Egrotantis animam reconfortare conor.

Telle était sa devise.

Debout tous les jours à sept heures, il prenait une simple tasse de café puis montait dans son coupé et parcourait la ville sur tous les points ; car ses malades habitaient aussi bien l'avenue des Champs-Élysées que la Bastille ou le Marais. Vers trois heures il rentrait pour faire l'unique repas de la journée. Puis commençaient ses consultations qui se continuaient sans interruption jusqu'à minuit et au delà.

Un décret du 28 juillet 1862 le nomma médecin ordinaire de la maison du Prince Napoléon. Le 26 octobre 1869 il fut nommé chirurgien consultant de l'empereur qu'il avait soigné assiduellement dans une récente maladie. Il a été promu, le 12 août 1860, commandeur de la Légion d'Honneur et grand officier, le 27 juin 1871, pour services rendus comme président des ambulances, pendant le siège de Paris.

Le bel hôtel qu'il avait, rue de Tournon, était assez curieux. Il se trouvait divisé en deux parties distinctes : à gauche étaient les appartements du médecin. Nous empruntons à un contemporain, quelques détails sur ces derniers ; ils ne seront pas sans intérêt pour les lecteurs.

Ils se composent du cabinet du docteur, de cinq salons toujours pleins, au moment de la consultation.

Le premier est celui du commun des mortels. Il est littéralement encombré d'hommes, munis chacun d'un petit carton portant un numéro d'ordre, d'après lequel on les appelle.

Dans le second attendent les dames qui arrivent par un escalier particulier et dérobé.

Dans le troisième sont introduites les personnes qui se font annoncer ou qui ont des lettres de recommandation.

Enfin, le quatrième est réservé aux amis du docteur et aux médecins ses confrères.

Tous ces salons sont autant de musées où abondent les tableaux, les statues et les bronzes d'art.

On y remarque des paysages et des natures mortes.

Des *chiens*, de Philippe Rousseau ;
 Un *terre-neuve*, par Malenson ;
 Un *paysage*, de Landelle, qui est un vrai bijou ;
 Une toile fort remarquable du fameux peintre anglais Bellington ;
 Etc., etc., etc...

Mais les deux pièces qui fixent surtout l'attention et méritent une description particulière, sont : le salon de réception et le cabinet de consultation.

Le salon est une vaste pièce aux lambris dorés, dont les murs, recouverts d'une belle tapisserie vert et or, disparaissent derrière des tableaux de très grande valeur. Qu'il me suffise de citer :

Deux Rubens : un *Christ* et une *Chasse* ;
 Un Van Dyck : *Concini et Marie de Médicis* ;
 Un Diaz : une *Vénus sortant du bain* ;
 Un Géricault, l'auteur du fameux *Radeau de la Méduse*.

Le buste de César et celui de Ricord sont placés à droite et à gauche d'une très-belle cheminée devant laquelle est un écran, superbe morceau de tapisserie des Gobelins, bordée d'après Greuze, et représentant une jeune femme au milieu des fleurs.

Sur les consoles, reposent deux petites statues de Pradier, de riches vases de la Chine et du Japon. Enfin sur la grande table de marbre qui orne le milieu de la pièce, on remarque un joli groupe de Sèvres, représentant les neuf Muses.

Quand au cabinet, il est, j'en suis bien sûr, unique dans son genre.

La bibliothèque est surmontée d'une galerie des bustes de grands médecins de tous les temps, tandis que dans le bas se trouvent des vitrines renfermant la plus belle collection d'instruments qu'il soit possible de voir. Elle garnit trois côtés de la pièce. Le quatrième côté est décoré par trois portraits. Au milieu, celui de Dupuytren, le premier maître du docteur ; à gauche celui d'Orfila ; à droite, celui même de Ricord, peint par Couture.

Sur une immense table s'étalent en grand nombre les produits curieux de l'art et de l'industrie dans tous les pays et à toutes les époques. Enfin sur son secrétaire,—véritable fouillis au milieu duquel personne autre que lui ne pourrait se retrouver,—on remarque un buste en bronze représentant madame Lacressonnière, avec ces mots gravés : *Hommage de profonde reconnaissance à M. Ricord*. L'illustre docteur avait en effet guéri la grande artiste—qui créa les *Fugitifs*, à l'Ambigu—d'une maladie de larynx qui avait mis ses jours en danger.

Mais ce qu'il y a peut-être de curieux dans le cabinet du docteur Ricord, c'est un petit tableau signé Boulangé.

L'histoire de ce tableau nous paraît assez curieuse pour être raconté.

Il y a quelques années de cela. Emile Augier avait au genou une douleur très-vive qui devenait chaque jour plus intense, malgré les prescriptions de son médecin. On essaya de tout, rien ne fit. Le mal empirait tant et tant que le médecin déclara l'amputation nécessaire. L'idée, on le conçoit aisément, souriait peu à E. Augier, qui aima mieux changer de médecin que se résoudre à perdre sa jambe. Il fit donc appeler Ricord. L'illustre docteur trouva le malade très-affecté, le consola d'abord, puis lui fit suivre un traitement, et remit enfin sur ses deux jambes l'auteur de *Gabrielle*.

A quelque temps de là, Ricord était à table, lorsque son valet de chambre lui apporta une boîte soigneusement fermée. Il ouvre immédiatement et n'est pas peu surpris à la vue d'un petit tableau dans lequel il se voit, lui, Ricord, vêtu à l'antique, assis sur un trône, le front couronné de lauriers. Au pied du trône, se tenait, vêtu d'une toge rouge, Emile Augier, soutenu par une béquille, venant déposer à ses genoux un coq, des fruits, et brûler de l'encens dans un trépiéd.

Que pensez-vous de l'idée de M. Emile Augier ?

Voulez-vous, pour finir, un portrait de Ricord, écoutez M. Raguet, du *Charivari* :

“ Sous des cheveux châtain, souples, soyeux, fins et luisants, mettez un front un peu bas, mais droit et ferme ; des yeux bleu pâle, saillants très-fins et très-vivants ; un nez légèrement empâté, une bouche grande bien garnie, aux lèvres épaisses, sensuelles et mobiles, un menton à fossette toujours frais rasé ; animez le tout par la physionomie la plus intelligente, la plus jeune et la plus bienveillante... et vous aurez le portrait de l'illustre spécialiste. ”

M. Ricord est un homme d'une nature très-douce et très-affable. La vue journalière des misères humaines l'a rendu indulgent pour la société. Ses goûts artistiques sont très-prononcés, sa belle collection de peinture et d'objets d'art en est la meilleure preuve. Homme du monde par excellence, sa société est très recherchée, et les salons les plus aristocratiques se disputent l'honneur de le posséder. Homme d'esprit entre tous, il sème ses traits avec une véritable profusion. C'est pourquoi nous n'en citerons aucun, excepté cependant la lettre suivante qu'il écrivait naguère à un auteur qui sollicitait de lui un autographe :

“ Vous me demandez un de mes autographes ; ils ne sont pas rares. Beaucoup courent le monde et ont pu rendre de nombreux services et réparer maintes fautes : mais ils font ordinairement le bien en se cachant et ne pourraient pour cette raison être reprochés ici. ”

M. Ricord était l'homme de France le plus décoré après Alexandre Dumas.

Le nombre de ses rubans s'élevait à 17 !

Nous citerons de lui : *De l'emploi du speculum* (1833) à propos du *speculum biviole*, inventé par lui ; *De la blennorrhagie de la femme* (1843) ; *Emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement de l'érésypèle* (1836) ; *Monographie du chancre* (1837) exposition la plus absolue de son système personnel ; *Théorie sur la nature et le traitement de l'épididymite* (1838) ; *Traitement des maladies vénériennes* (1838 ; nouv. édit. 1863, in-4, avec 66 pl.), avec la strophe célèbre de Malherbe sur la mort en guise d'épigraphe ; *De l'Ophthalmie blennorrhagique* (1842) ; *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires* ; et en dernier lieu, *des Lettres sur la syphilis* (1854 ; 3e édit. 1857), où la science est exposée avec cette facilité de style qui a fait surnommer le savant spécialiste le "Marivaux de la médecine".

CHRONIQUE

Quelle aubaine pour moi ! Je vais assister aux grandes assises du bureau des gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec. Je vais entendre les oracles de la profession délibérer sur les grandes questions qui agitent notre monde médical : question des études préparatoires à l'étude de la médecine, réforme des études médicales en cette province, examen d'admission à la pratique, intérêts professionnels généraux et particuliers, revendication de droits lésés, et que sais-je encore !

Voilà nos quarante gouverneurs,—j'allais dire nos quarante immortels,—*yes, for the time being*—comme ils sont dignes dans leur manière de procéder ! Il n'y a rien de petit chez eux ! Ils sont graves, délicats, on voit qu'avant d'entrer *dans le sanctum* ils ont dépouillé tout préjugé tout parti pris : seule la justice inspirera leurs travaux ! N'est-ce pas que je vais jouir d'un quart d'heure de délicieuse édification ? J'en tressaille d'avance et ne regrette qu'une chose, lecteur, c'est que vous n'êtes pas là, à côté de moi. Je vous plains de cette privation, et, pour vous dédommager un peu, je vous ferai part de ce que j'aurai vu et entendu. Mais ne soyez pas trop exigeant, je sais bien que je resterai au-dessous de la tâche que je m'impose pour vous plaire. Je ferai

le possible, et si vous n'êtes pas satisfait, vous ferez comme moi : vous assisterez aux réunions de vos gouverneurs.

* * *

J'arrive de la séance.

"*Notre esprit est un outil vagabond*," dit Montagne ; je le vois bien, à présent que j'ai assisté à la susdite assemblée. J'ai fini de bâtir des châteaux de gouverneur. Parti enthousiaste et jubilant, je reviens désenchanté, triste, presque morose. Ah ça ! bon, la prochaine fois, c'est vous qui monterez sur des échasses et je me contenterai du terre à terre de la réalité.

* * *

Entrez.

M. le Dr W. H. Hingston, Président du Bureau, est au fauteuil ; à sa droite M. le Dr Leprohon Vice-président, à sa gauche, M. le secrétaire Campbell, M. le Régistrateur Larue, M. le Trésorier E. P. Lachapelle.

En face, MM. les gouverneurs parmi lesquels j'ai remarqué MM. les Drs. Duchesneau, Larue, Migneault, Turcot, Ladouceur, Marsil, Dagenais, Simard, Gibson, Howard, Lemieux, Craik, Larue, Landry, Rousseau, Church, Grandbois, Paré, Badeaux, Lafontaine, Austin, Durocher, Rogers et un grand nombre d'autres dont les noms m'échappent.

Lecture et adoption du rapport de la dernière assemblée.

Résignation du l'hon. Dr Church : nommé juge.

M. le Dr T. Christie, sr, de Lachute est appelé à succéder au Dr Church comme assesseur des examens du Collège McGill. Lettre de résignation du Dr Geo. Ross, pour cause de maladie. Le Dr Craik est nommé son successeur.

En l'absence du Dr Kennedy, le Dr Perrigo est nommé assesseur des examens du Collège Bishop. Lecture et adoption du rapport des assesseurs du Collège McGill, de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, de la faculté de Médecine de Laval à Montréal, de la faculté de Médecine du Collège Bishop et de l'Université de Québec.

* * *

Ouvrons une parenthèse pour loger la question capitale de la séance, celle qui avait attiré un bon nombre de gouverneurs, je veux parler du projet de *bill* médical. Tous les éducateurs, les médecins en général, et les étudiants en médecine en particulier, ont l'œil ouvert grand sur le sujet ; c'est le clou du moment. Ce *bill* qu'on devait proposer à la session parlementaire de février dernier, on va le voir, le toucher

enfin ; vous allez le saisir avec fièvre, le dévorer avec avidité, vous en saturer ; vous ne regrettez pas d'avoir attendu un peu longtemps ; vous vous reprochez même vos impatiences passés, puisqu'il va vous tomber juste au meilleur de votre appétit !

* * *

Oh ! que nenni ! vous êtes trop âpre à la curée ! modérez vos transports, on n'est plus si pressé que vous ; donnez-nous le temps de mûrir notre projet, de le perfectionner, de lui donner le dernier *tour*.

Vous n'aimez pas les fruits hâtifs, attendez la pleine maturité de l'automne. Alors vous pourrez à votre aise, à loisir et à plaisir, apprécier notre œuvre.

Messieurs les Gouverneurs, au revoir, à la prochaine réunion, à QUÉBEC !

C'est ainsi que le fameux *bill* médical conserve l'*incognito* dans ses pégrinations de Québec à Montréal et de Montréal à Québec. C'est un *statu quo* comme on n'en a jamais vu ! Quelle déception !

* * *

M. le Dr Ladouceur va proposer qu'aussitôt que le projet de *bill* sera complété, copie en soit adressée à tous les médecins de la Province. M. le secrétaire du bureau se lève et dit : *Well, my dear sir, do you know that what you ask now would cost more than five hundred dollars !*

Le Dr Ladouceur : “ Eh bien ! je me charge de faire faire ces impressions pour 75 par cent de cette somme ; de plus ce n'est pas avec de l'argent volé qu'on paiera ces déboursés, c'est avec le produit des contributions annuelles de tous les médecins licenciés. La profession a droit de savoir ce qui se fait en son nom et avec son argent.”

Finalement, il est résolu que copies imprimées du *bill* seront adressées à MM. les Gouverneurs seulement.

* * *

Supposons—*for the sake of argument*—que le *bill* couvre 20 pages in-octavo ; à 75cts par page, voilà quinze dollars pour l'impression ; l'expédition par la malle coûterait un centin par copie ; il y a, je crois, 1200 médecins licenciés dans la province, total 27 dollars !

Ainsi pour le maigre appoint de 27 dollars, on refuse à la profession la légitime satisfaction d'être renseignée sur un projet de loi qui n'inté-

resse qu'elle seule, et au plus haut degré. Si ce n'est pas là un déni de justice, un mépris de ses droits, je ne m'y connais pas.

Candidat praticien, qui êtes loin des grandes villes, vous étiez bien naïf de croire que le bureau et ses comités existent pour le bénéfice de la profession !

Il n'en est rien, c'est le contraire qui sera vrai ; c'est vous qui, à l'avenir, existerez pour les petits et les grands comités. Ce que c'est que nous, comme on finit toujours par apprendre quelque chose à ses dépens.

* * *

M. le Dr Durocher suggère que le Bureau donne au comité chargé du projet de *bill* médical, le droit de s'adjoindre quelques médecins représentant les facultés de la province. Cette suggestion n'est ni acceptée, ni combattue, elle servira aux calendes grecques.

M. le Dr Ladouceur propose qu'une humble adresse à sa gracieuse Majesté la Reine Victoria, etc., etc.,—adopté.

Il est proposé qu'une lettre d'expression de regret soit adressée à M. le Dr G. Ross au sujet d'une grave maladie dont il souffre et d'espoir d'une prochaine guérison,—adopté.

* * *

Allons, mes amis, voici encore un gros morceau à croquer. Je ne le crains guère. J'ai la dent saine et l'estomac robuste. Avant d'en arriver à la louange, il faut que je passe par le creuset de la critique un fait que je ne saurais approuver.

Pendant la session scolaire de 1886-87, un jeune homme vint trouver M. le président du collège des médecins et chirurgiens de la P. Q., et lui tint à peu près ce langage : “ M. le Président, j'étudie la médecine depuis deux ans, mais je n'ai mon certificat d'admission à l'étude que depuis un an. Je viens d'apprendre que je ne pourrai être admis à l'examen de pratique qu'après quatre années d'études, à dater de mon certificat d'admission, qu'en pensez-vous ?

“ C'est la loi, dit le Président.

“ M. le Président, considérant que je ne suis pas jeune, que je suis marié et père de famille, que mes ressources sont minces, et qu'un retard d'un an me ferait un dommage considérable, je me propose de demander à la Législature locale de rectifier ma position ; pensez-vous que le collège des médecins s'opposera à cette demande ?

“ Je ne crois pas ; le Bureau du Collège ne se réunira pas avant mai prochain, à tout événement la Législature a le droit de vous accorder la faveur que vous allez solliciter.

M. le Président, sur demande écrite, répond par une lettre qu'il croit que le Collège des Médecins ne s'opposera pas à la demande du pétitionnaire et termine en lui-souhaitant de réussir.

M. L'Ecuyer—c'est le nom de l'étudiant en question—demande à l'Assemblée de Québec un *bill* privé pour légaliser sa position d'étudiant. La mesure est adoptée par l'assemblée législative et a subi sa seconde lecture au conseil législatif.

A cette période, quelques membres du Bureau résidant à Québec, ont prié le Conseil de vouloir bien différer la troisième lecture du *bill* L'Ecuyer jusqu'au surlendemain, c'est à-dire après la réunion du bureau des Gouverneurs à Montréal. Ils veulent prendre l'opinion du Bureau afin disent-ils, d'être conformes à l'esprit de la loi. Le délai est accordé et nous revenons à notre séance.

* * *

Il est onze heures et demie, les regards se tournent vers un point de la salle où existe une activité plus qu'ordinaire ; il se passe des chuchotements, des pourparlers, des allers et des venues. On sent du malaise dans l'atmosphère, est-ce une explosion de dualine que l'on prépare, une révélation de quelqu'intrigue montée dans l'ombre, on ne sait ; mais prenez patience, le ballon crevera bientôt et le mystère sera révélé. Un, deux, trois, quatre gouverneurs sont gravement occupés à *collaborer* leur part d'inspiration à la scène qui se prépare. L'un tient la plume, l'autre dicte, le troisième corrige, le quatrième se pâme d'aise devant le chef-d'œuvre. L'effort est grand, laborieux, mais le résultat fera honneur aux ficelles.

Un gouverneur ex-journaliste de la presse médicale se lève, j'entends quelqu'un dire : *il ne le manquera pas*. L'assistance donne son attention. L'orateur, sous prétexte d'explications, critique la conduite du Président *in re* L'Ecuyer. Il dit que la lettre remise à L'Ecuyer par le Président du collège, était de nature à faire croire au Parlement de Québec, que le Bureau des Gouverneurs ne désapprouve pas la démarche de M. L'Ecuyer. Il termine en disant qu'il allait *proposer une motion* dans le sens d'une désapprobation des démarches du pétitionnaire, etc., etc., etc.

Il donne lecture de la fameuse motion que je ne veux pas reproduire ici. Qu'il suffise de dire qu'elle comporte un blâme direct de la conduite de M. le Président.

M. le Président repousse l'attaque avec dignité et fermeté, et prie le proposeur de donner à sa résolution une forme convenable. Celui-ci *recompose* sa motion, sans en altérer ni le sens ni la portée. Alors, indigné de cette persistance à jouer sur les mots, M. le Dr Howard se

lève et ramène la question sous son vrai jour, revendique pour le Président une certaine latitude de jugement et liberté d'action dans l'accomplissement de ses devoirs et termine en donnant à la motion devant le fauteuil une portée et une forme convenables, que l'assemblée approuve.

E finita la comedia.

*
* *

Cette scène d'âpre aigreur, montée par des membres haut placés dans la profession, n'est pas de nature à rehausser la dignité de nos délibérations. La majorité des gouverneurs présents levait les épaules de pitié et de dégoût, et semblait dire : on ne fait pas les choses ainsi chez nous.

Ce rapport, que beaucoup regarderont comme une boutade satirique de pure fantaisie, est basé sur un grand nombre de remarques très judicieuses que j'ai recueillies de la bouche de témoins dignes de confiance.

Tous, d'un commun accord, concluent en disant que *nos assemblées délibérantes manquent de decorum, ne suivent aucune procédure parlementaire et ne donnent pas une idée adéquate de la dignité du bureau.* Si j'en juge par *ce que j'ai vu*, cette appréciation me semble judicieuse.

*
* *

Quand au *bill L'Ecuyer*, je maintiens que la législature a pleinement le droit de l'adopter sans consulter le Bureau provincial de médecine. Ces faveurs sont toujours des exceptions qui ne peuvent pas servir de précédents au point de dégénérer en abus et le Bureau a été bien mal avisé d'intervenir en cette affaire. Cette opinion est si bien fondée que le Conseil Législatif l'a adoptée et a accordé à M. L'Ecuyer ce qu'il demandait.

*
* *

En apprenant la nouvelle de l'adoption du Bill L'Ecuyer par le Conseil Législatif, un gouverneur se serait écrié : *C'est bien, M. L'Ecuyer, ce n'est que partie remise, au revoir, à votre examen de pratique.*

Si ce rapport est vrai le susdit gouverneur a donné là la mesure de son étroitesse d'esprit et n'a plus besoin de photographe : il s'est peint au naturel.

LE DR NOIR.

CHRONIQUE DE L'HOTEL-DIEU

15 Mai.—SALLE ST-JOSEPH.

Service du Dr BEAUDRY :—1. Arthrite chronique ; 3. Hémiplegie ; 6. Débilité sénile ; 7. Syphilis ; 8. Dyspepsie ; 9. Hémiplegie ; 10. Phymosis blennorrhagique ; 11. Synovite ; 12. Dyspepsie ; 13. Ulcère catarrhal ; 14. Ulcère non disposé à guérir ; 15. Prurigo ; 16. Rétrécissement urétral ; 17. Syphilis ; 18. Phthisie ; 22. Stricture urétrale.

Service du Dr CHARTRAND :—23. Bronchite ; 25. Engorgement du foie ; 29. Débilité générale ; 30. Paralyse de la main ; 31. Fistule ; 32. Phthisie pulmonaire ; 33. Fièvre typhoïde ; 36. Ulcère variqueux ; 37. Rhumatisme ; 38. Asthme.

SALLE ST-PATRICE.

Service du Dr McDonald :—53. Ankilose coxo-fémorale double ; 54. Erysipèle de la face et rhumatisme ; 55. Phlegmasia alba dolens ; 56. Rhumatisme aigu ; 58. Congestion de poumon ; 59. Rhumatisme ; 60. Carie du carpe ; 62. Adénite cervicale ; 63. Bronchite chronique ; 64. Pleurésie ; 65. Phthisie ; 66. Ulcère variqueux ; 68. Tumeur extra-abdominale ; 69. Pneumonie chronique.

Service du Dr MIGNAULT :—73. Hémiplegie ; 75. Rhumatisme articulaire chronique ; 76. Phthisie ; 77. Phthisie ; 78. Abscess de l'avant bras ; 80. Phthisie ; 81. Ulcère variqueux ; 82. Mal de Bright ; 83. Ulcère ; 84. Phthisie ; 85. Mal de Bright ; 86. Fracture du fémur ; 88. Ulcère ; 89. Diabète ; 90. Phthisie caséuse ; 91. Phthisie ; 92. Synovite ; 93. I.évrîte ; 94. Lumbago.

SALLE STE-VIERGE.

Service du Dr CHARTRAND :—103. Débilité sénile ; 104. Fistule recto-vaginale ; 106. Phthisie ; 107. Hémorrhoides internes ; 109. Phlegmasia alba dolens ; 110. Ulcère non disposé à guérir ; 111. Œdème des jambes (idiopathique) ; 113. Paralyse des extenseurs de la main ; 114. Chloro-anémie ; 115. Bronchite ; 120. Chloro-anémie ; 123. Débilité ; 124. Adénite cervicale.

Service du Dr BEAUDRY :—125. Aménorrhée ; 126. Entorse du poignet ; 128. Paralyse des extenseurs du pied ; 130. Embarras gastrique ; 132. Eczema capitis ; 133. Bronchite aiguë ; 134. Ulcère syphilitique ; 135. Angine ; 136. Otite ; 137. Paralyse agitante ; 138. Péritonite ;

139. Paralyse des extenseurs de la main ; 140. Métro-péritonite puerpérale ; 141. Coxalgie ; 142. Enchondrôme costal ; 143. Bronchite aiguë.

SALLE ST-JEAN-DE-DIEU.

Service du Dr DESJARDINS :—230. Glaucôme ; 231. Cantoplastie.

SALLE STE-BRIGIDE.

Service du Dr McDONALD :—145. Dyspepsie , 147. Chloro-anémie ; 148. Erysipèle de la jambe ; 149. Rétrécissement aortique ; 150. Embolie cérébrale ; 151. Rhumatisme inflammatoire ; 152. Lumbago ; 153. Arthrite chronique du genou ; 154. Rougeole ; 155. Rhumatisme nouveau ; 156. Gastralgie ; 158. Bronchite chronique ; 159. Ulcère syphilitique ; 160. Bronchite aiguë ; 161. Amygdalite.

SALLE NOTRE-DAME-DE-PITIÉ.

Service du Dr DESJARDINS :—162. Tracôme et pannus ; 163. Cataracte ; 164. Cataracte ; 165. Dacryocystite ; 167. Absès de l'angle d'Higmore.

SALLE STE-ANNE.

202. Otite ; 205. Bronchite aiguë ; 206. Chloro-anémie ; 207. Ictère (colique hépatique) ; 208. Fracture de la jambe ; 209. Chloro-anémie.

Chambre Ste-Elizabeth.—Absès des muscles abdominaux ; Fistule vésico-vaginale.

Chambre St-Augustin.—Orchite aiguë ; Orchite.

Chambre St-Théodore.—Fistule ; Stricture de l'urèthre.

SALLE D'OPÉRATIONS

(Desservi par les Drs HINGSTON et BRUNELLE, du 15 avril au 15 mai.)

Tumeur fibro-récurrente (ablation) ; Tumeur sébacée (ablation) ; Fracture intra-capsulaire du fémur ; Fistule anale ; Fissure anale (2 cas) ; Hémorroïdes (écrasement) ; Epulis (ablation par thermo-cautère) ; Kyste (ablation) ; Nymphotomie (pour épithélioma) ; Hydrocèle (ponction) ; Circoncision ; Uréthrotomie interne (2 cas) ; Ablation d'un testicule ; Bec-de-lièvre ; Fistule vésico-vaginale ; Cicatrice vicieuse (redressement) ; Perforation du sinus maxillaire ; Fistule recto-vaginale ; Ablation du sein ; Atrophie du deltoïde (application du thermo-cautère). Dilatation de l'urèthre (chez une femme). 52 Opérations mineures.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

RÉSULTATS DES EXAMENS, AVRIL 1887.—(Suite.)

Ont passé sur la Botanique et l'Hygiène :

Archambault, J. A.	Lanciaux, H.
Aubry, J. G.	Larin, Georges
Biron, J. F.	Larose, Arthur
Bouvier, S. A.	Larose, Gustave
Brady, Chs A.	Lavoie, J. F.
Campeau, Henri.	Lussier, P.
Charron, Tous.	Magnan, Alph.
Craig, Georges	Masson, Jos.
Dorion, Ls	McGill, Patrick
Faribault, G. E.	Molleur, J. C.
Forest, Moïse	Molleur, Ls
Gagnier, Paul	Rochette, F.-X. D.
Hélie, Omer	Roy, H. H.
Huet, Edmond	Tremblay, G. N.
Lafrenière, A.	

Ont passé sur l'Histologie :

Archambault, Alex.	Lafrenière, A.
Archambault, J. A.	Lamarche, G. T.
Aubry, J. G.	Lanciaux, H.
Bastien, Hy.	Larin, Geo.
Biron, J. F.	Larose Arthur
Boileau, F.-X.	Larose, Gust.
Brady, Chs A.	Lavoie, J. F.
Campeau, H.	Leblanc, Aimé
Chaput, H. A.	Leclair, Chs J. A.
Charron, Tous.	Létourneau, A.
Craig, Geo.	Lussier Paul
Couture, Th.	Magnan, Alph.
Desilets, H.	Marin, J. A.
Dorion, Ls	Marin, Phil.
Dugas, C. A.	Masson, Jos.
Dumont, N.	McGill, Patrick

Ennis, Ths	Molleur, J. C.
Faribault, G. E.	Molleur, Ls
Fontaine, J. D. T.	Pelland, Pierre
Forest, Moïse	Primeau, N. A.
Gagnier, Paul	Riberdy, Amédée
Gendron, Alex.	Rochette, F.-X. D.
Gervais, P. E.	Rochette, Ls
Girouard, J. A.	Rodier, Chs
Guilbault, Chs	Royal, Paul
Hélie, Omer	Roy, H. H.
Huot, Edmond	Serres, Félix
Lavallée, M.	Sicard, J. D.
Laferrière, C. E. A.	Tremblay, G. N.

NOUVELLES

Retraite de M. le professeur Pajot.

On lit dans le *Progrès Médical* de Paris :

Samedi dernier, à l'amphithéâtre de la clinique d'accouchements, M. le professeur Pajot disait adieu à ses auditeurs, ses élèves et ses amis. Désirant rester dans les limites de la loi qui impose la retraite aux professeurs âgés de 70 ans, il avait lui-même, le 1^{er} décembre dernier, demandé sa mise à la retraite pour le 18 décembre, après 45 ans d'enseignement, dont 33 à la Faculté. C'était donc fête samedi dernier à la clinique. On tenait à acclamer le professeur sur le point de clore ces leçons qui ont eu tant de retentissement. Les élèves du maître, des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux y assistaient et ont profité de cet instant pour offrir à M. Pajot son buste en bronze et un médaillon représentant ses traits avec cette légende : "Professeur Pajot. Enseignement 1842-1887." Plusieurs personnes ont répondu aux paroles d'adieu prononcées par le maître : M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, son premier chef de clinique, a parlé au nom de ses élèves, et M. le Dr Peyron, directeur général de l'administration de l'Assistance publique, a voulu remercier au nom des pauvres celui qui a tant fait pour eux.

Tous nos lecteurs connaissent de réputation au moins le nom du professeur Pajot, le succès et l'attrait de ses brillantes leçons, la façon si remarquable dont il exposait ses idées et essayait de les graver dans l'esprit de ses auditeurs. M. Doléris a dit : "A vous le maître par excellence, le professeur incomparable, issu de l'enseignement *libre*,

porté jadis par la voix puissante de l'opinion à la chaire que vous avez illustrée si longtemps, je viens porter le juste tribut d'hommage, d'admiration et de sympathie de la jeunesse studieuse de notre Faculté."

Le *Progrès Médical* s'associe pleinement à ces paroles et acclame le professeur qui a eu le courage de se conformer à la lettre du règlement.

* * *

Nous ne pouvons nous expliquer comment les noms de Messieurs Jos. S. E. Ferland et Frank Lévasseur ne se trouvent pas sur la liste des nouveaux médecins, que nous avons publiée dans notre dernier numéro. Nous déplorons d'autant plus cet oubli, que ces Messieurs ont passé un examen plus brillant, en mars dernier, à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal. Nous prions nos jeunes confrères et amis de croire que nous voudrions réparer d'une manière satisfaisante cet oubli tout-à-fait involontaire. Les amis apprendront avec plaisir que M. le Dr Ferland s'est fixé à Ste Julienne comté de Montcalm, et M. le Dr Lévasseur à Brockton, Mass. Nous souhaitons à nos jeunes confrères autant de succès auprès de leurs patients qu'ils en ont eu auprès de leurs examinateurs.

* * *

On nous écrit de Magog, P. Q. : Le Dr J. A. Langlois qui pratiquait la médecine à Magog depuis plusieurs années, vient de quitter cette place pour Pittsfield, Mass. Il a été remplacé ici par A. G. H. Béique Ecr. M. D. gradué de l'Université Laval à Québec. Succès au nouveau confrère.

South Stukely :—M. le Dr J. D. Pagé, gradué de l'Université Laval à Québec, vient de s'établir comme médecin à South Stukely. Nos meilleurs souhaits.

* * *

Nous apprenons de Claremont, N. H. que M. le Dr Cabana, qui a été gradué M. D. C. M. aux derniers examens de l'École de Médecine et de Chirurgie est à peu près rétabli d'une violente attaque de la fièvre jaune qu'il a contractée en arrivant dans cette localité, pour s'y fixer comme médecin.

Notre ami, le Dr. J. H. Garceau qui a obtenu les titres de M. D. C. M. et à qui le prix Bourget a été décerné à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal en avril dernier, vient de se fixer à Hochelaga Succès au travail et au talent.

* * *

Rapport des examens pour l'admission à l'étude de la médecine.—
Mai, 1887. Admis :

☐ Alfred Arsenault, Narcisse L. Auger, Arthur Bissonnette, Louis

Thomas Caron, Téléphore Caron, Alfred Catellier, Léon Côté, Thomas Dion, J. B. Dufresno, N. Arthur Dussault, William A. Farwell, J. Eloi Fontaine, Geo. E. René Fortier, Louis Gagné, John Guerin, Germain Laberge, Joseph R. Lacerte, Omer Lachapelle, Octave B. Lafontaine, Ulric Lalonde, Geo. Hugh Parke, Sylvio Pelletier, Ephraïm Poitras, Thos. B. Reed, James Richardson, C. E. Rioux, Ed. E. Robertson, Jos. Geo. Roy, Thomas Philippe Roy, L. A. Sasseville, Téléphore St Jorre, Jos. Thomas Toutant.

.

Nous apprenons que Mr. le Dr. C. N. Poitras vient de se fixer à St. Roch de l'Achigan ; Mr. le Dr. P. J. L. Bissonnette, à St. Esprit, comté de Montcalm ; Mr. le Dr. C. A. Dugas, (1215 rue Notre Dame) Montréal ; Mr. le Dr. G. T. Lamarche, au Mile-End, Mr. le Dr. F. X. Comeau, au Petit Rocher, N. B. ; Mr. le Dr. G. D. T. Fontaine, à Orleans. Ont. ; Mr. le Dr. J. Ad. Guy, à Frenchville, Mc. ; Mr. le Dr. F. X. Boileau, à Casselman, Ont. ; Mr. le Dr. P. E. Gervais, à Woonsocket, R. I. ; Mr. le Dr. C. T. Carle, à Marinette, Wis. ; Mr. le Dr. N. A. Primeau, à Ware, Mass. ; Mr. le Dr. H. Désilets, à Nicolet ; Mr. le Dr. T. A. Charron, à Longueuil ; Mr. le Dr. P. Pelland, à St. Cuthbert ; Mr. le Dr. A. A. Chrétien, à New-York, (40 1/2 St. Mark's place) ; Mr. le Dr. E. C. Tremblay, à Meriden, Conn. (63 1/2 Main St.)

Aussitôt que nous connaissons l'endroit que nos jeunes confrères auront choisi pour y exercer leur profession, nous nous hâterons de le faire connaître aux amis et confrères.

En attendant, santé et succès à tous.

MARIAGE

CLÉMENT-CLEMENTS.—A Joliette, le 17 du courant, M. le Dr A. B. Clément, d'Ottawa, à Mademoiselle Doddie Clements, fille de M. S. Clements, de Joliette.

Décédé

A St-Guillaume, comté d'Yamaska, chez son frère P. A. Clément MD., à l'âge de 35 ans le 24 mai 1887, M. Georges Timothe Clément, étudiant en médecine, après une longue maladie (phthisie) supportée avec une résignation vraiment chrétienne. Ses funérailles ont eu lieu le 26 mai au milieu d'un grand concours d'amis de la paroisse et des environs.

Porteurs du poêle : Dr Barolet de St Eugène, Dr Barolet, dentiste de Putnam, Conn., M. Lemaire, étudiant en médecine et A. Laperle, Ecr. marchand de St-Guillaume, tous confrères de classe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES

BARTH et ROGER.—Traité pratique d'auscultation suivi d'un précis de percussion, 1 vol. in-12, rel. §1.75

BECQUEREL, A.—Traité élémentaire d'Hygiène privée et publique, 1 fort vol. in-12. §2.75

BÉCLARD, J.—Traité élémentaire de Physiologie, comprenant les principales notions de Physiologie comparée avec 378 figures dans le texte, 2 vol. grand in-8. §5.75

BÉHIER et HARDY. — Traité élémentaire de Pathologie interne, comprenant :—Pathologie générale et Séméologie.—Inflammations en général, inflammations du tube digestif. — Inflammations des appareils respiratoire, circulatoire et nerveux.—Phlegmasies, gangrènes, hémorrhagies.—Congestions, hydropisies, névroses.—Maladies générales fébriles, 6 vols. in-8. §10.50

APOSTOLI, G.—Nouveau Traitement de la Métrite chronique et en particulier de l'Endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, 1 vol. grand in-8. §0.75

BOURNEVILLE et BRICON. — Manuel des Injections sous-cutanées, 1 vol. broché §0.60

BOURNEVILLE et BRICON.—Manuel de Technique des Autopsies, 1 vol. broché §0.60

VIAU.—*De l'anesthésie locale* obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique ou d'une solution simple d'acide phénique, pour l'avulsion des dents. Exposé de la méthode, suivi de 86 observations, par George Viau, professeur à l'École et Hôpital dentaires de Paris, etc., etc. Communication faite à la Société d'odontologie de Paris, séance du 12 octobre 1886. Paris, 1886 Brochure in-8°. 25 cts.

WIBIN.—*Traitement de la pleurésie purulente*, par le docteur Ernest Wibin, médecin militaire, membre correspondant de la Société de médecine d'Anvers. Mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers. 2^e édition, Bruxelles, 1886. in-8°, 112 pages. 75 cts.

NÆGELE et GRENSER.—Traité pratique de l'art des accouchements, accompagné d'une planche sur acier et de 229 figures dans le texte, 1 vol. grd. in-8. §3.00

M. Cadieux & Derome, libraires bien connus de Montréal, nous font savoir qu'ils se chargeront de remplir ponctuellement les commandes qui leur seront faites des ouvrages portés à notre *Bulletin Bibliographique* mensuel.