

## 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.

- |                          |   |                                     |   |
|--------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed /<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées   |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     |   |

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des  
Sciences accessoires

---

---

VOL. II.      MONTREAL, JANVIER 1888.      No 1.

---

---

TRAVAUX ORIGINAUX.

---

## CLINIQUE MÉDICALE A L'HOTEL-DIEU

PAR L'HON. DR A. H. PAQUET

### Sur le Diabète sucré.

MESSIEURS,

Le malade que je vous présente aujourd'hui dans cette salle vous est déjà connu par un séjour de quelques semaines à l'Hôtel-Dieu. Je ne vous demanderai pas de me faire le diagnostic de sa maladie, je sais que vous connaissez l'affection qui le mine. Tout de même, j'ai voulu l'avoir ici afin d'être plus à l'aise que dans une salle commune, et vous expliquer ce qui en est, le questionner si nous le jugeons à propos, examiner attentivement ensemble les ravages produits par cette terrible maladie, et vous initier au diagnostic, au pronostic et au traitement. — Comment expliquer cette affection ?

La réponse est dans un grand nombre de théories. Disons de suite qu'aucune n'est satisfaisante. Théorie gastro-intestinale, théorie pulmonaire : théorie hépatique. C'est la plus probable ; encore n'est-elle pas certaine. *D'après elle*, le foie produit à l'état physiologique une certaine quantité de sucre au dépens de la matière glycogène qu'il contient. Ce sucre est détruit totalement à mesure qu'il arrive dans le sang ; de là son absence ou sa présence en quantité infinitésimale dans l'urine normale ; mais si la glycogénie hépatique devient trop active, le sucre ne peut plus être détruit parce qu'il est trop abondant ; la glycosurie est constituée et si cet état persiste, c'est le dia-

bête avec toutes ses conséquences. C'est donc un état pathologique, puisqu'à l'état physiologique le foie ne fait pas de sucre ; il fixe de la matière glycogène, mais la transformation de cette matière en sucre est un phénomène ou pathologique ou cadavérique (d'après Jaccoud).

Le diabète est plus commun chez l'homme que chez la femme et dans un âge plus avancé chez le premier que chez la seconde. Les individus de constitution grasse plus que les autres ; l'hérédité ; mais le climat ne démontre pas d'influence fâcheuse.

Parmi les causes pathologiques dont l'influence est démontrée, nous citerons la goutte, la fièvre intermittente rebelle et la syphilis. Comme causes auxiliaires, les refroidissements, les chagrins, les émotions morales dépressives. Comme lésions anatomiques, il n'en est aucune de constante ni de caractéristique.

Les symptômes sont primitifs ou secondaires. Les premiers sont au nombre de 5 : urine contenant une quantité considérable de sucre — *glycosurie* ; augmentation des urines, *polyurie* ; l'augmentation de la soif, *polydipsie* ; l'augmentation de la faim, *polyphagie* ; l'amaigrissement, *autophagie* ; ce dernier arrive plus tard ; les 4 autres sont contemporains. La quantité du sucre varie, mais elle est quelquefois très considérable. L'urine est acide dès l'émission et le devient davantage et promptement par la formation d'acide lactique, butyrique, acétique ou formique.

La pesanteur spécifique de l'urine fraîche est très élevée, ordinairement entre 1035 et 1045 à l'urinomètre. Un médecin dont j'oublie le nom assure l'avoir vue jusqu'à 1111. Il y a rarement de dépôts d'urates ; elle est si généralement aqueuse.

La perte d'urée de 30 à 32 grammes, moyenne des 24 heures, peut aller jusqu'à 80 grammes. L'albuminurie n'est pas un symptôme constant. La polyurie est de 3 à 12 chopines et quelquefois plus dans les 24 heures. La polydipsie en est la conséquence. La polyphagie amène souvent la dyspepsie, parce que les organes ont été trop fatigués. L'autophagie est un symptôme constant, mais l'époque de son développement est très variable. Notre malade ici vous a répondu conformément à ce qui est exprimé pour les 4 premiers symptômes et vous pouvez voir par vous-même l'égale vérité du 5<sup>e</sup>.

Les symptômes secondaires sont les lésions des gencives et des dents, l'impuissance, la stérilité, les furoncles, les anthrax, les phlegmons circonscrits ou diffus. Chaque fois que vous aurez des phlegmons ou des anthrax à traiter, examinez les urines. Cela vous révélera peut-être un diabète ignoré jusque-là et c'est très important ; il y a aussi souvent rougeur au méat, démangeaison et plus rarement phymosis et balanite. La constipation, la sécheresse de la peau,

l'ulcération du poumon, la phthisie pulmonaire, sont des conséquences assez fréquentes, ainsi que la cataracte à laquelle l'opération ne profite pas ; et chez ceux qui maigrissent, la température se tient au-dessous de la moyenne.

Durée. — La moyenne est de 2 ou 3 ans. Elle est le plus souvent continue, mais quelquefois avec des rémissions. On la voit quelquefois se terminer subitement, ou par dyspnée ou coma. Le diagnostic est assez généralement facile. On devra toujours le soupçonner chaque fois qu'une personne vous dira qu'elle mange beaucoup et qu'elle maigrit. Après avoir constaté à l'urinomètre une densité de 1030 ou plus, ne manquez pas de vous assurer par les expériences chimiques si cette densité est due ou non à la présence du sucre. Un des moyens, entre plusieurs, que je vous suggère est de verser dans un tube à réactif parties égales d'urine et de liqueur de potasse auxquelles vous ajoutez quelques gouttes d'une assez forte solution de sulfate de cuivre ; faites chauffer au-dessus d'une lampe à alcool, mais non pas jusqu'à ébullition. Si le liquide garde la coloration bleue, il n'y a pas de sucre, tandis que s'il en contient il prend la couleur de l'acajou.

Il y a plusieurs autres modes conseillés dans le même but, vous ferez bien d'y recourir afin d'assurer encore mieux votre diagnostic. Le pronostic est très grave, pourtant pas sans espoir absolument.

Les lésions pulmonaires, les inflammations cutanées, les troubles de la vue sont des signes défavorables. J'ai connu deux cas qui se sont terminés par l'entérite presque sans douleurs et très promptement suivis de gangrène.

Le traitement doit être *diététique* et *pharmaceutique*. Le premier a une importance capitale et voici ce que dit Bouchardat à son occasion : manger modérément et lentement, bien digérer, bien mâcher tous les aliments. Tant que la quantité des urines rendues en 24 heures excédera 1½ litre, boire le moins possible et prendre peu d'aliments liquides, tels que bouillons, soupes, etc. Pour faire des potages gras ou maigres il faut employer la farine de gluten ; combattre le sentiment de la soif en machant des graines de café torréfié. Éviter le repos et le sommeil après le repas ; pour cela une bonne promenade en sortant de table est très utile ; ne se coucher que 4 ou 5 heures après le dernier repas ; s'abstenir de tabac ou fumer le moins possible.

Tant que les urines contiendront du sucre, on remplacera le pain ordinaire par le pain de gluten, en manger le moins possible, mais bien plutôt les viandes de toutes sortes, blanches ou noires, ayant soin toutefois de choisir celles des animaux plutôt vieux que jeunes,

car il faut éviter les foies et les morceaux gélatineux. Les boudins, saucisses, jambons ainsi que les condiments conviennent ; les poissons, les huîtres, les œufs, la crème fraîche, le beurre, les fromages salés, fermentés, offrent une précieuse ressource alimentaire. Les salades, mais à condition de remplacer le vinaigre de leur préparation ordinaire par la crème douce ou l'huile.

En fait de fécules, il faut autant que possible les éviter.

Les boissons qui seront permises seront : un bon vin rouge de Bordeaux ou de Bourgogne coupé avec de l'eau de Vichy ; mais la bière, le cidre, les vins blancs ou de Champagne seront défendus. En général les boissons distillées sont fâcheuses, excepté en très petite quantité.

Vous examinerez les urines très souvent et pour voir si leur densité diminue et pour vous assurer si vous ne devez pas quelque peu vous relâcher de la sévérité du début du traitement ; car il est de fait que des malades ont poussé trop loin le régime diététique et que leurs forces vitales en ont souffert. Aussitôt que vous aurez constaté la disparition du sucre vous pourrez permettre le pain, surtout la croûte, les patates frites, mais en petite quantité, etc.

L'exercice est l'indispensable adjuvant du régime dans le traitement du diabète. Ainsi la marche, la gymnastique, l'escrime, l'équitation en même temps l'hydrothérapie, les douches, le massage, les bains de mer devront être conseillés. Il faudra nécessairement aussi veiller à ce que le malade soit dans les meilleures conditions morales possible ; car on a vu la colère ramener un diabète qu'on avait raison de croire guéri. Les travaux trop assidus, de même que le désœuvrement, l'ennui, etc, devront être soigneusement évités.

Le traitement thérapeutique consiste dans l'usage de l'opium qui a l'avantage de diminuer la polyurie et l'excrétion de l'urée ; dans les alcalis, surtout la soude, qui empêchent la conversion des fécules en glucose ; dans la strychnine que Jaccoud vante en ces termes : " Je suis certain que ce remède améliore l'état des malades, maintient les fonctions digestives dans la plénitude de leur activité, diminue la polyurie et peut amener la disparition de la glycosurie." Il la donne depuis gr.  $\frac{1}{80}$  à  $\frac{1}{4}$  selon la tolérance. Les résultats des bromures de potassium et de sodium même à doses massives, n'ont pas été ceux qu'on en attendait.

La digestion languissant quelquefois et l'émaciation à laquelle on peut s'attendre presque toujours ont donné lieu à l'administration des diverses préparations de pepsine et de fer. Le citrate de fer et de strychnine est bien utile. Mais souvenons-nous que le traitement hygiénique et diététique doit l'emporter sur le thérapeutique. Notre

malade s'est parfaitement bien trouvé de l'opium contre la polydipsie, sous l'action du bicarbonate de soude à haute dose combiné à un peu d'aloès et d'extrait de noix vomique, il a vu ses intestins réguliers et ses urines qui pesaient 1043 tomber à 1024 en 5 semaines de ce traitement.

Chez d'autres malades l'eau de Bethesda (Wisconsin) 1 chopine à 1 pinte par jour — l'usage ad libitum du lait écrémé ont donné satisfaction.

Chaque écart dans la diète de notre malade ayant ramené chaque fois une augmentation dans la quantité et densité de l'urine, il est à espérer qu'il sera plus prudent désormais et que nous pourrions dire comme le professeur Hardy : " La guérison du diabète est rare ; mais par un traitement hygiénique bien dirigé, par des médicaments sagement administrés, on soulage et on soutient longtemps les malades." — Veuillez vous rappeler tout ce qu'on a observé chez notre patient et quelque soit le résultat, je vous le ferai connaître.

---

## TRAITEMENT DE L'HYDROPIISIE

Par **J. J. Guérin, M.D., C.M.** adjoint à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

La simplicité du traitement des hydropisies recommandé par Monsieur le professeur Mathew Hay de Habordinn est l'excuse que j'offre pour attirer votre attention sur son emploi. D'abord je vous donnerai un court récit de quelques cas qui se sont présentés dernièrement à mon observation.

\*  
\*\*

A. B. âgé de vingt-cinq ans, est venu à la consultation pour la première fois le 15 août dernier. Depuis quelques années, il s'était laissé aller à des excès d'intempérance et quand il vint à moi il souffrait d'un léger délire causé par des excès récents. En l'examinant on trouva qu'il y avait une grande effusion dans le côté droit de la poitrine. La matité s'étendait jusqu'au bord inférieur de la seconde côte. Le murmure respiratoire était entièrement aboli dans toute l'étendue de la matité. La pointe du cœur déviait jusqu'à un pouce en dehors de la ligne mammaire droite. La respiration était accélérée (25 par minute). Température normale. Avec l'aiguille hypodermique, on constata que l'effusion était séreuse. Comme le malade ne pouvait pas donner une histoire exacte du commencement de l'attaque à cause de l'intoxication dans laquelle il se trouvait depuis quelques semaines ;

je fus tout d'abord porté à pratiquer la thoracentèse, à cause de l'éten-  
due de l'effusion, car je craignais une de ces syncopes, toujours dan-  
gereuses et souvent fatales, que nous rencontrons dans de pareils cas.  
Néanmoins, vu que la respiration était rythmique et régulière, j'ai  
préférè la médication à l'opération. Le malade fut mis à la diète  
aussi sèche que possible, consistant en tartines et thé de bœuf concen-  
tré et deux chopines de lait par jour. Chaque matin à jeûn, on lui  
administra six drachmes de sel d'Epson, dans une once d'eau. Ce  
traitement fut continué pendant 9 jours ; après quoi, nous avons constaté  
avec plaisir que l'effusion était complètement disparue. L'effet

la médication avait été de donner de 4 à 8 selles copieuses et li-  
quides chaque matin. Ce traitement ne produisit pas de vomisse-  
ments, mais seulement des nausées assez sévères.

\* \* \*

Le second cas était celui d'un homme âgé de soixante ans, qui  
souffrait de régurgitation mitrale compliquée d'hydropisie générale :  
jambes œdémateuses, ascite considérable, œdème de la face et des  
mains. Le traitement poursuivi dans ce cas fut le même que le précé-  
dent, à l'exception de la diète qui fut plus généreuse. On donna une  
once de whiskey toutes les quatre heures, afin de soutenir l'action  
du cœur. Dans ce cas comme dans celui qui précède, le résultat fut  
des plus satisfaisants. Il a eu de 3 à 5 selles copieuses et liquides tous  
les matins. Après 12 jours, on constata la disparition complète de  
toute effusion séreuse dans les tissus. On administra alors le fer  
et la digitale.

\* \* \*

Troisième cas. Femme âgée de cinquante-cinq ans, admise à  
l'Hôtel-Dieu souffrant de la maladie de Bright. Il y avait anasar-  
que des extrémités et de la face. La malade souffrait d'une diarrhée  
dysentérique. L'urine était très albumineuse et peu abondante,  
une chopine par jour. Quand elle fut admise, elle souffrait d'une  
forte céphalalgie, évidemment urémique. Elle avait l'apparence d'une  
personne menacée de convulsions urémiques. Comme préventif on  
lui prescrivit quinze grains de chloral et de bromure de potassium  
toutes les trois heures, pendant les premiers jours. La diète fut  
strictement lactée. Le lendemain de son entrée à l'hôpital son mal  
de tête était disparu. Néanmoins il n'y avait pas de changement  
dans la quantité d'urine et l'hydropisie était aussi considérable que  
jamais. Bien qu'elle souffrit de dysentérie on lui donna quatre drach-  
mes de sulfate de magnésie dans une once d'eau tous les matins durant

3 jours, ensuite tous les deux jours. Les selles devinrent beaucoup plus copieuses et après deux jours, l'hydropisie était entièrement disparue. Trois semaines après notre patiente quittait l'hôpital et il ne lui restait plus qu'un certain épaissement des paupières.

Tout médecin est sans doute familier avec l'apparence *pincée* et généralement *desséchée* d'une personne qui a souffert quelques jours d'une attaque de choléra. Cette condition est due à l'absorption par les intestins de la lymphe des tissus du corps. Si nous examinons au microscope le sang dans de telles circonstances nous le trouvons riche en constituants solides et pauvre en sérum. C'est justement afin d'obtenir un tel état que le traitement de Hay fut suggéré ; parceque, quand le sang est dépourvu de ses constituants liquides, la tension naturelle des vaisseaux est enrayée. Afin de compenser cette état de chose, la sérosité répandue dans les tissus rentre dans la circulation et est ensuite éliminée par la voie intestinale.

Le même effet physiologique a eu lieu dans les deux autres cas, excepté qu'au lieu d'une effusion pleurétique on eut affaire à une effusion qui perméait tous les tissus du corps. Quoique le traitement m'ait très bien réussi dans le premier cas, néanmoins je suis convaincu que je me suis un peu hasardé en me fiant entièrement à l'efficacité thérapeutique de la médication. Nous connaissons tous la gravité de la dyspnée qui peut arriver dans des cas semblables quand la poitrine est très distendue par le liquide. A l'avenir dans ces cas je diminuerai la pression des viscères voisins en ôtant un peu de l'effusion par la thoracentèse avant d'avoir recours à cette médication. Les effusions, généralement, ne dépassent pas la troisième côte. Cette médication est donc le plus souvent suffisante. De plus, la raison pour laquelle je n'ai pas eu recours à une thoracentèse partielle, fondée sur le caractère régulier et non accéléré de la respiration.

Le but de ce traitement est d'introduire dans l'intestin une solution concentrée du sel qui amène un manque de liquide dans l'économie ; car nous savons que l'action du sulphate de magnésie est d'exciter une sécrétion copieuse des glandes intestinales. Quelques individus ont une grande intolérance pour ce sel amer et par conséquent le vomissent aussitôt qu'ils l'ont pris. Avec de telles personnes, il est bon d'essayer de l'aromatiser avec de l'essence de menthe, ou de canelle, ou du jus de citron sucré. Le carminatif ne doit pas diminuer la concentration de la drogue. Ceci me porte à dire quelques mots sur le mode d'action de ce remède. Il a été démontré que le sulphate de magnésie injecté en petite quantité dans le sang d'un animal, cause de la constipation, tandis que quand le même remède est introduit dans l'intestin, il produit des selles copieuses et liquides.



Ce fait fit penser à Moreau que l'action du sel d'Epsom était dûe à l'osmose et non à l'absorption de la drogue. Afin de démontrer ce fait, Moreau a injecté entre deux ligatures d'une portion de l'intestin d'un animal, un drachme de sel d'Epsom en solution concentrée. L'intestin fut alors déposé dans la cavité abdominale et en quelques heures on l'a trouvé distendu par une sécrétion intestinale relativement abondante.

Une autre expérience fut aussi tentée par laquelle deux parties d'intestin furent séparées de la même manière que plus haut mentionnée ; dans l'une on injecta une forte solution, tandis que dans l'autre on ne mit que de l'eau. Le tout fut ensuite remis dans l'abdomen pour quelques heures, après quoi on trouva que la partie dans laquelle se trouvait l'eau était vide ; tandis que cette portion qui contenait le sel était excessivement distendue par la sécrétion intestinale.

Après ces expériences on constata que l'injection du sel dans le sang cause une sécheresse intestinale ou constipation et nous prouve que cet effet est produit par l'osmose. En outre de l'action topique sur la membrane muqueuse intestinale, il y a une autre action causée par un effet physiologique sur la circulation, grâce à l'affinité du sulphate de magnésie pour l'eau et à la diminution du sérum, la pression sanguine disparaît, la circulation normale reprend son cours physiologique. A cause de cette action sur la circulation, quelques praticiens ont cru que le sel avait une action diurétique, mais il est plus que probable que l'effet est imputable au changement de la tension artérielle. Lorsque nous avons affaire à une néphrite, les remèdes qui agissent sur la peau ou sur les intestins sont, règle générale, plus efficaces que les diurétiques. J'ai souvent constaté que dans pareil cas, la digitale qui est un de nos remèdes les plus puissants comme diurétique, ne causait qu'une aggravation des symptômes et souvent du sang se manifestait dans les urines.

Quant à la méthode du traitement du Dr Hay, il n'est nouveau que dans son mode d'application ; *Id est* : concentration du sel et diète sèche. Cette médication provoque des nausées qui la rendent inapplicable.

Mon expérience de cette méthode, telle qu'appliquée à l'Hôtel-Dieu, et dans ma pratique privée, me justifie de la recommander fortement, parce que je la regarde comme un moyen très favorable dans les hydropisies, qu'elles soient locales ou générales, rénales ou cardiaques.

---

---

## LE BILL MEDICAL POUR LA PROVINCE DE QUEBEC

---

Quelques observations critiques sur certaines clauses de la loi projetée, et sur l'ensemble du bill. — Admission à l'étude, etc., etc.

PAR M. I. PALARDY, M. D. ST-HUGUES.

---

A Mr le Secrétaire de la *Gazette Médicale*.

Vous me demandez un article sur le "bill médical," que vous avez publié dans la *Gazette* d'octobre 1887.

Je n'ai pas le temps de faire un examen complet de ce projet de loi ; je dirai seulement un mot sur quelques clauses que j'ai remarquées plus particulièrement.

---

### 1o

Dans le chapitre : "Conseils de discipline." "Section III, on lit ce qui suit. Art. 43, paragraphe 2<sup>me</sup>."

"De priver tout membre de la corporation de toute charge et même du droit de voter pour un terme discrétionnaire n'excédant pas six ans. Il peut aussi le priver pour un temps ou pour toujours, du droit d'exercer la profession de médecin, de chirurgien, etc., et cela sans appel, ou plutôt sauf appel sommaire au conseil, etc."

Cette clause est arbitraire, on aurait dû laisser au moins l'appel en dehors du conseil.

Dans la section première, la clause 17<sup>me</sup>, paragraphe 6<sup>me</sup> dit encore :

"Toute décision des dits conseils de discipline, comité d'élection ou d'enquête sera finale et sans appel. pas même par *certiorari*." C'est vouloir être seul juge dans sa propre cause.

Ce projet de loi respire l'*absolutisme* d'un bout à l'autre. Ce qui frappe le plus, ce sont les amendes et les punitions ; on dirait que cette loi s'adresse à des hommes qui ont plutôt besoin du fouet que d'institutions libres. Clause 47<sup>me</sup> il est écrit : "Tout médecin licencié qui néglige de payer sa contribution annuelle (qui, dans le moment, est de deux piastres), ne peut occuper de charges dans la corporation, etc." Cette peine est raisonnable, mais ajouter cet autre : "*Ni recouvrer en justice le prix de ses honoraires ou de ses drogues, etc.*"

Il n'y a pas de proportion entre la faute et la punition. Pour non paiement de deux piastres, couper de suite les vivres à un homme, c'est de la cruauté.

On voit plus loin, 2<sup>me</sup> paragraphe de la même clause 47<sup>me</sup> : " Il encoure en outre pour telle négligence de payer sa contribution annuelle, une amende de \$2.00. Laquelle se renouvelle aussi souvent qu'il y a d'années arriérées, etc." C'est de l'usure juive, du 100 pour 100.

D'ailleurs comment payer, quand on vous dit dans la même clause, que vous ne pourrez plus recouvrer en justice le prix de vos honoraires et de vos drogues à cause de cette négligence.

Quelle sévérité pour la faible somme de \$2.00 ! C'est plus qu'absurde.

Le mieux est de suivre le sentier battu, et de poursuivre en justice, un homme quand il ne veut pas payer. On ne pend plus pour dettes. La poursuite et l'amende étaient bien suffisantes, avec la privation de prendre part aux délibérations du collège des médecins. On devait au moins permettre au négligent, de vivre un peu, en lui laissant le droit de collecter le vieux gagné, surtout pour lui donner la chance de payer ce qu'il doit, puisque c'est cela qu'on a en vue, en employant contre lui la coercition ; mais c'est plus que de la contrainte ; c'est presque *la bourse ou la vie !*

L'article 49 est ainsi formulé : " Toute personne qui sera convaincue de pratiquer sans licence, ou qui offre ou donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent, ou effets, ou qui reçoit, etc., encourt une pénalité de 50 piastres."

On devrait ajouter : "*avec promesse de paiement.*" Car dans une poursuite le témoin pourrait dire qu'il n'a rien donné directement ou indirectement, il aurait promis seulement de payer. Il ne serait pas obligé de le dire, la loi n'en parle pas. On pourrait profiter de cette lacune pour éluder la loi, et rendre une poursuite nulle. La loi a besoin d'être très explicite, car ces poursuites sont toujours considérées comme plus ou moins vexatoires par le public. Vous le voyez, vous ne pouvez vous débarrasser de vos charlatans, qui pullulent dans la ville de Montréal. L'un se retranche derrière sa patente, obtenue de par la loi, l'autre se dit simplement marchand de racines venant des montagnes *vertes* ou *jaunes*, etc., vous n'osez plus les attaquer, et quand vous l'avez fait, vous avez perdu ; la glorieuse incertitude de la loi a été interprétée en leur faveur.

Dans la cause marquée LXV (65), mais qui devrait être 55 ; car de la clause 49, on a sauté à 60. Est-ce la faute de l'imprimeur ? — Il est

dit : " Nul appel, comme nul *certiorari*, ne pourra être accordé en vertu de cette loi."

Cette clause n'est pas libérale du tout. La faculté d'en appeler à un tribunal supérieur est le privilège de tout sujet anglais. Si la loi est juste, il n'y a pas de danger de laisser mettre à l'épreuve une sentence en vertu de cette loi, et de donner l'avantage d'appeler à tout individu qui peut se croire lésé dans son honneur ou sa liberté. C'est le seul moyen de se garer contre les erreurs judiciaires.

Il y en a déjà qui ont été pendus ou relégués en prison pour la vie ; on s'est aperçu plus tard qu'ils étaient parfaitement innocents. Quelle belle chose donc, que de se défendre devant ses concitoyens, avant de se faire passer le nœud coulant ! Il faut tenir compte des haines, des jalousies, des ambitions humaines, et donner toute chance à un homme de prouver la fausseté d'une accusation. Ces clauses de coercition devraient être abolies ou mitigées.

## 2<sup>o</sup> Sages-femmes.

Un autre chapitre que j'ai remarqué est celui concernant les sages-femmes, section 2<sup>me</sup>, paragraphe 4, clause 42<sup>me</sup>.

Il est dit : " Le conseil peut faire des règlements concernant l'admission à l'étude et à la pratique des accouchements dans cette province."

Comme on est à refondre la loi médicale pourquoi pas faire de suite tel règlement.

Les sages-femmes non licenciées à la campagne sont une plaie, on n'en dit pas un mot. L'ancienne loi en parlait, quoique d'une manière bien imparfaite. A la campagne il y a des abus considérables dans cette pratique. L'article de la loi à propos des sages-femmes devrait être plus explicite, afin de donner une protection efficace aux médecins licenciés de ces régions.

Les femmes à la campagne qui se donnent comme sages-femmes, et exercent l'obstétrique sans licence au préjudice des médecins enregistrés, sont nombreuses.

Elles devraient être atteintes par la loi, du moment qu'il y a paiement ou promesse de paiement. La première loi était si peu explicite, que nous n'osions réclamer, et la loi projetée ne dit rien.

L'encombrement de la profession est suffisant pour mettre la population à l'abri de tout besoin de services de la part de ces femmes *accoucheuses*, et pas moyen avec la loi actuelle de les atteindre, et celle que l'on prépare ne nous mettra pas mieux.

### So Admission à l'étude.

J'ai toujours été d'opinion que les examens pour l'admission à l'étude de la médecine étaient d'une trop grande sévérité. Ces examens sont conduits aujourd'hui par trois ou quatre professeurs d'école, à qui on a reproché certaines partialités.

J'ai été maltraité moi-même par un Rév. abbé attaché à cette commission à laquelle il ne devrait pas appartenir ; car sa position de Principal d'une école est incompatible avec celle qu'on lui fait occuper dans la corporation des Médecins. On lui a reproché de préparer lui-même d'une manière spéciale et lucrative des aspirants à cet examen et je me suis laissé dire dans le temps que tous ses candidats étaient reçus sans encombre. Quel beau résultat pour le professeur improvisé !, tandis que l'on voyait des bacheliers ès-sciences avec prix du Prince de Galles, de vieux collègues incorporés, être rejetés par-dessus bord par le même professeur, qui sans doute devait être plein de tendresse pour les siens, et aimer aussi à faire valoir leur succès ou le succès de son œuvre ! Terme de comparaison toute en faveur du *système* du Révérend, qui n'est pas même dans l'enseignement supérieur, puisqu'il est chargé par sa fonction officielle et par la loi, de former simplement des instituteurs pour école élémentaire !

La loi veut un examen pour tous indistinctement, c'est juste, mais elle manque de libéralité à l'égard des collèges classiques de la Province qui sont reconnus comme donnant un enseignement complet.

Il serait désirable, et d'une grande convenance, que tout élève d'un cours classique complet, dans une institution reconnue légalement, porteur d'un diplôme de bachelier ès-sciences et ès-lettres ou ès-arts, fut exempté de subir cet examen préliminaire que la loi exige aujourd'hui pour tout candidat aspirant à l'étude des professions, car pourquoi demander deux fois la même preuve pour une même chose. C'est une amplification nulle ou tyrannique.

En acceptant ces diplômes sans examen, on rendrait hommage à nos célèbres collèges classiques du pays, qui donnent les meilleures garanties d'une instruction solide et parfaite.

De plus, ce serait un encouragement aux jeunes gens à terminer leurs cours classiques, afin d'obtenir ces diplômes de bacheliers. Car combien aujourd'hui sortent avant leurs dernières années sachant qu'ils auront toujours à subir cet examen, quand même ils seraient porteurs d'un diplôme de bacheliers ès-sciences et ès-lettres.

D'ailleurs, les jeunes gens sont pressés d'arriver, et l'on croit gagner du temps, en sacrifiant les deux plus belles et importantes années du cours classique, celles de philosophie, qui sont le complément

de tout ce qui précède. Les jeunes étudiants disent encore : " *A quoi nous vaut ce diplôme, il ne sert à rien dans l'admission à l'étude des professions.* " — C'est une réflexion qu'un étudiant me faisait dernièrement.

Si les diplômes de bacheliers ès-sciences ou ès-arts étaient admis *prima facie*, comme preuve de qualification pour admission aux études professionnelles pour la médecine, comme pour les autres professions, vous verriez une différence considérable dans la terminaison des études classiques ; chaque élève aurait à cœur de finir son cours et chercherait à prendre sa qualification avant de sortir du collège, pour éviter l'ennui d'un second examen sur la même affaire.

Les professions auraient la plus forte garantie, que les élèves qui se présenteraient à l'étude avec tels diplômes, seraient parfaitement qualifiés pour l'objet en vue. On gagnerait du temps, et on économiserait de l'argent ; car les examens actuels sont très fatigants et très longs.

De plus nos collègues en bénéficieraient, un plus grand nombre d'élèves finiraient leurs cours classiques, et les professions recevraient des sujets mieux préparés.

On dira peut-être que ce serait établir un privilège en faveur d'une certaine classe d'élèves, c'est vrai, mais cette faveur serait bien méritée, si la loi favorisait l'obtention d'un tel privilège au moyen de diplômes noblement conquis.

La loi qui règle l'admission à l'étude de la médecine, comme pour les autres professions devrait être modifiée de manière à encourager les jeunes élèves des collèges à diriger leurs efforts dans l'obtention des ces diplômes de bacheliers ès-sciences ou ès-arts, que l'on donnerait à la fin des études classiques, à ceux qui sans doute les auraient gagnés après examen.

Le mouvement inauguré dans cette direction par une loi libérale, serait vite accepté par les collègues, et tous les étudiants qui se destinent aux professions, verraient cette modification de la loi avec plaisir, car alors leur travail et leur trouble dans ce sens auraient un but.

A tous les points de vue, tout le monde gagnerait à ce changement par une loi qui comporterait un tel objet.

Le projet de loi, tel que publié avant de devenir loi du pays, devrait être encore étudié, avant d'être soumis au parlement ; il y a des lacunes comme il y a aussi des clauses arbitraires incompatibles avec les idées de notre temps.

On a besoin de se presser, le Parlement est à la veille d'entrer en session, hormis d'attendre une autre année.

J'ai signalé à la hâte dans cet article, quelques clauses plus ou

moins arbitraires ; en y regardant de nouveau on en trouverait d'autres à retrancher ou à modifier. Je n'ai pas le temps pour le moment de faire plus. Je m'efface donc facilement pour laisser avec plaisir ma place à un autre correspondant, à qui le temps et les capacités permettront de faire mieux que moi. J'ai voulu seulement montrer acte de bonne volonté, afin de répondre dignement, autant qu'il m'est possible, à la gracieuse invitation qui m'a été faite dernièrement par l'estimable secrétaire de la rédaction de la *Gazette Médicale*. Sans être un légiste, j'ose espérer, que ces quelques observations pourront servir de légère indication aux amendements à faire au bill médical projeté.

DR. P.

St-Hughes, 12 janvier 1888.

---

## HOMMAGE AU MÉRITE

---

Par le temps qui court, il fait bon au cœur d'un canadien de voir le vrai mérite justement apprécié ; d'entendre parler élogieusement d'un *quelqu'un* dont toute la vie n'a été qu'un travail continu et assidu.

Surtout quand ces éloges viennent de l'étranger, et que, celui à qui ils s'adressent a toujours par son humilité et sa profonde aversion pour le charlatanisme, su se tenir à une distance respectée de tout ce qui tendrait vers la *notoriété*.

Je suis sincèrement convaincu que le mérite qui conduit à la renommée doit découler des actes, et non du son bruyant des trompettes, qui produisent un éclat purement temporaire.

Voilà pourquoi je dis que nous devons être fiers de pouvoir contempler une de nos bonnes vieilles figures canadiennes, fidèlement reproduite dans une revue scientifique, publiée chez nos frères du *beau pays* de France.

Cette figure, amis lecteurs, elle est connue de vous tous, et le public Montréalais la raconte tous les jours.

L'œil qui l'anime est vif et un peu *cabané*. Son front est large, les rides qui le sillonnent dénotent le raisonneur et le chercheur infatigable. La neige des ans qui a recouvert de son manteau, d'une éclatante blancheur, les touffes du sommet en a laissé nonchalamment pendu les plis sur les côtés, pour l'entourer comme d'un collier. Si l'apparence générale est d'une sévérité digne et réservée, on découvre dans les détails une bonté de cœur qui inspire la confiance et comman-

de la sympathie. Ce vieillard file aujourd'hui son soixante-quatorzième nœud sur la route de l'océan de la vie. Ses manières sont celles du gentilhomme, dans la force du terme. Toujours proprement mis, *conservateur*, (pas en politique) des usages traditionnels ; l'habit noir, la cravate de même couleur, le collet montant, le chapeau haute forme et les bottes soigneusement cirées, sont ses atours réguliers et journaliers.

Sa voix est aigre, sa parole hésitante et brève. Il parle avec chaleur et conviction, sans être orateur. Sa pensée n'est jamais cachée, et sa grande franchise l'a toujours tenu à l'écart de la diplomatie. Cet homme, il ne sait pas mentir, en un mot.

Travailleur infatigable, malgré son âge, par toutes les saisons, il est toujours prêt à remplacer les *jeunes* pour le service de l'hôpital qu'il fréquente depuis quarante ans. Il fait beau de voir ce noble vieillard, donner l'exemple en prouvant que le travail entretient la santé, et que c'est aussi un besoin naturel et salutaire à l'homme.

Lutteur intrépide il n'a jamais reculé devant le devoir. Ses combats sont nombreux, ainsi que ses adversaires.

Les coups qu'il a portés ont été *de taille* et toujours *visière levée*.

Les tours de *jarnac* et les attaques à retro sont inconnus à notre vaillant soldat.

S'il blesse profondément il sait aussi verser le *baume* cicatriciel sur la plaie. A un tel point que ses adversaires en lui tendant la main, se plaisent à lui reconnaître la fermeté de ses convictions et à admirer sa noble franchise.

Né de parents peu aisés, mais d'une probité antique, il a été obligé de suffire à son éducation dès sa jeunesse.

Pour arriver à l'étude de la profession qui était le charme de ses désirs, il lui a fallu passer ses jours de jeunesse derrière un comptoir, et ses veilles à dévorer des livres, à l'instar des Dupuytren, des Velpeau, et tutti quanti de nos modèles professionnels.

C'est une grande âme dans un petit corps, mais de celui-ci nous pouvons dire sans hésiter, *sannus est*.

C'est le self-made man de nos amis les anglais, fait à force de courage, de travail et d'énergie.

Si la fortune ne lui a pas prodigué ses dons, la Providence toujours admirable, a su y suppléer, en lui laissant à travers *les épreuves* un bijou de famille, qui tout en entourant ce *bon père* des soins les plus minutieux, voit d'un œil craintif son front se rider, et tâche par tout ce que le dévouement filial peut inspirer de grand, d'attiser ce feu qui menace parfois de s'éteindre, en lui prodiguant les douceurs d'une belle gaieté.



Il est originaire de St-Denis, sur les bords enchanteurs du Richelieu. Pays charmant, où encore sous l'habit du laboureur bat plus d'un cœur noble, généreux et hospitalier. C'est un endroit qui a produit des hommes magnanimes qui ont su léguer à leurs descendants les nombreuses qualités qui avaient fait de leurs pères des seigneurs.

Je conseille à tous nos amis lecteurs qui ne connaissent pas le Richelieu, d'aller jouir et se revivifier de l'air embaumé de ses bords ; enchanté sera votre très humble de vous entendre exclamer au retour.

Élevé à la campagne, fortifié par le travail, et mu par un sentiment vorace d'atteindre un but vers lequel toute son énergie se concentrait, voilà ce qui explique chez notre vieillard, cette vigueur vivace, cette tenacité énergique, cette noblesse de sentiment, et cet amour de l'étude, qu'il conserve encore et qui lui valut sa couronne. Si l'âge semble alourdir son pas, je vous préviens qu'il ne fait pas bon encore de braver la pointe de sa plume ; elle est acérée et fortement trempée. Car si elle a piqué dans le passé, elle pointe encore aujourd'hui d'une manière enviable.

Ennemi déclaré de la tendance moderne que je nomme la pharmacomanie, sa vaste érudition et sa longue expérience lui ont acquis un droit perpétuel à la reconnaissance des mères, en protégeant leurs nouveaux-nés.

Chrétien croyant, ferme et fort, c'est à son adresse que j'entendais un jour tomber des lèvres du vénérable et regretté Mgr Bourget, cette parole que je n'oublierai jamais : "Ce bon Docteur, malgré sa ferme tenacité, est un brave chrétien, si la tête pêche, le cœur n'est pas tenu responsable." C'est la première fois que je rapporte cette parole et c'est avec un plaisir tout cordial que je la rends publique. Celui qui l'a prononcée n'avait aucune arrière pensée, et de plus il connaissait son homme.

Amis lecteurs, c'est encore cet homme délicat, intègre, probe, chercheur intelligent, travailleur constant, érudit par ses propres ressources qui, dans plus d'une circonstance, a sacrifié son temps et ses veilles sans rémunération, non seulement à soulager et secourir ses semblables, mais par son savoir, la clarté de son style, sa méthode précise et énergique a eu le bonheur d'arracher plus d'une tête des mains du bourreau. Oui, gloire à lui, ce héros qui a pour nom Joseph-Emery Coderre, Docteur en médecine, doyen de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et son professeur de matière médicale depuis plus de quarante ans.

Le temps, ce *Magister docens*, dira si ma faible plume a couru trop légère, ou bien si la main qui l'a guidée a manqué de fermeté. Ce qu'il y a de certain pour le moment, c'est que le cœur qui l'anime est

un *cœur ami*, qui a palpité de joie en contemplant cette noble figure dans la Revue des Archives Contemporaines Française.

Pardon si j'ai été indiscret, l'exemple est contagieux et mon cœur seul est coupable.

En terminant, permettez-moi, mon cher Docteur, d'exprimer un vœu qui, je crois, est celui de tous : Que vos jours soient longs et prospères, pour la plus grande joie de votre famille.

Merci mon cher Docteur Noir, tout en te souhaitant une bonne et heureuse année, longue vie et prospérité à ta charmante gazette ; je te tire ma révérence et te dis au revoir.

DIEU ME GARDE.

---

## MOUVEMENT MÉDICAL

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax ; note de M. Verneuil. — De l'oxyhémoglobine ; recherches de M. Hénocque. — De la toxicité de l'air expiré ; communication de M. Brown-Séquard.

On savait depuis longtemps, que le furoncle et l'anthrax, affections cutanées et primitivement locales, peuvent, plus tard, à la manière des maladies générales, provoquer des accidents très graves. Ceux-ci étaient, il y a quelques années encore, attribués soit à la violence de l'inflammation locale, soit à la pyohémie partie de la tumeur de la peau comme d'une plaie.

En 1881, M. Pasteur a découvert la nature microbienne de ces affections et démontrées qu'elles étaient caractérisées par la présence d'un bacille, le *staphylococcus aureus*. Ce bacille est le même qu'on rencontre dans l'ostéomyélite infectieuse, et c'est là ce qui fit dire à M. Pasteur : l'ostéomyélite est l'anthrax des os.

Quoiqu'il en soit, on n'avait jamais pu trouver le microbe pathogène dans le torrent circulatoire. M. Verneuil semble avoir été plus heureux.

Au mois de novembre dernier, entré à son service une femme, âgée de quarante-deux ans, qui avait été atteinte quinze jours auparavant, d'un anthrax à la nuque. La tumeur avait été largement incisée au bistouri, et elle était déjà en voie de guérison, lorsque la malade ressentit, au niveau du triangle de Scarpa, une douleur tellement violente qu'elle sollicita son admission à l'hôpital. Un abcès fut diagnostiqué ; ponctionné, on en retira environ 60 grammes de pus. Or, ce pus renfermait, d'après l'examen qui en fut fait par M. Gerlier, un grand nom-

bre de micro-organismes appartenant exclusivement au genre *staphylococcus pyogenes aureus*.

“ Nul doute, dit M. Verneuil, que ce microbe n'ait été transporté de la nuque au triangle de Scarpa, et après l'anthrax du cou n'ait fait l'anthrax du tissu conjonctif de la cuisse. ”

M. Verneuil cite encore le fait d'un docteur qui, atteint au mois d'août de furonculose, eut au mois de septembre, après avoir été fortement mouillé, un volumineux abcès occupant le flanc gauche, depuis l'hypocondre de ce côté jusqu'à la fosse iliaque.

Cette observation d'abcès éloigné et profond, se produisant à la suite d'un anthrax, non pas soudainement et par le mécanisme de l'auto-inoculation traumatique, mais sous l'influence du froid, démontre que c'est là une cause capable de faire naître, renaître et multiplier les manifestations des maladies infectieuses.

M. le docteur Hénoque présente une note sur les variations de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme sain et chez l'homme malade. En voici les conclusions :

“ I. — Les agents physiques modifient l'activité de réduction par action locale ou par action générale. L'application de la glace sur le pouce abaisse l'activité des deux tiers, mais celle-ci est triplée dans la réaction consécutive dans le pouce refroidi et augmentée aussi dans l'autre pouce. La chaleur élève l'activité soit par l'action locale sur le pouce, soit par l'action générale sous forme de bains chauds. Les douches chaudes ou froides produisent l'augmentation de l'activité. A l'état physiologique, l'activité est plus faible le matin, elle atteint son maximum au moment des repas et dans les deux heures suivantes, elle diminue vers six heures et en général à l'état de jeûne, à la suite de veilles, de fatigues corporelles ou intellectuelles, elle est augmentée par les efforts musculaires, les exercices tels que la marche, la course, le saut, l'ascension, le massage.

“ II. — La diminution de l'activité de réduction dans les divers états de maladie peut varier entre 0,75 et 0,19 ; elle accompagne habituellement l'abaissement de la quantité d'oxohémoglobine, comme chez les cachectiques, cancéreux, phthisiques, chez les dysentériques et, en général, dans les maladies où le ralentissement de la nutrition est prononcé. Mais dans certains cas d'obésité, d'embarras gastrique, d'ictère, de cirrhose, de goutte, cette diminution peut exister sans abaissement notable de la quantité d'oxyhémoglobine.

“ La diminution de l'activité constitue un caractère spécifique de certaines maladies ; c'est ainsi que dans le chlorose, il y a en même temps que l'anémie un abaissement de l'activité qui peut descendre au minimum 0,19. Dans tous les cas, chez les chlorotiques, l'ac-

tivité de réduction est plus faible que chez les anémiques d'origine diverse, à proportion égale d'oxyhémoglobine, et même elle peut persister alors que l'anémie a disparu."

" Dans l'épilepsie l'activité est abaissée quelle que soit la quantité d'oxyhémoglobine. Les diabétiques présentent habituellement une diminution notable de l'activité. Dans la fièvre typhoïde il y a dès le début abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction ; cet état s'accroît, puis disparaît peu à peu dans la convalescence."

" III. — L'augmentation de l'activité de réduction varie de 1,22 à 1,50 et 2. — Elle a été observée à l'état de santé passagèrement, ou chez les hommes sanguins, dans les manifestations congestives de l'arthritisme telles que congestions pulmonaires, angine et fièvre herpétique, dans le purpura rhumatismal et certains cas de glycosurie. Elle peut se présenter avec des quantités faibles d'oxyhémoglobine de 8 à 9 pour cent dans l'irritation spinale, l'alcoolisme et chez des individus sanguins, à la suite d'hémorragie."

" IV. — L'activité moyenne variant de 0,80 à 1,20 a été rencontrée dans les conditions les plus diverses. Elle peut atteindre la normale alors même qu'il y a une quantité faible d'oxyhémoglobine, par exemple, dans la goutte, l'alcoolisme chronique, l'anémie, la tuberculose, les affections cardiaques ; dans ces cas elle est passagère ou provisoire."

V. — Les agents thérapeutiques modifient l'activité de réduction, soit en l'augmentant comme les préparations martiales, les toniques, les amers, la noix vomique, soit en la régularisant comme les iodures ou en la diminuant comme l'acétanyle. Les médications therminérales agissent en sens divers suivant les moyens employés et la composition des eaux ; dans tous les cas, la constatation des modifications de l'activité de réduction fait apprécier avec certitude l'action des médications."

D'après M. Brown-Séquard, l'air venant des poumons serait doué de propriétés éminemment toxiques.

Quand on fait passer un serpent garni de glace, les vapeurs qui proviennent directement des voies respiratoires, on obtient un liquide qui, inoculé à des chiens, à la dose d'un milligramme, détermine aussitôt la dilatation des pupilles, une diminution notable de la respiration, une sorte de paralysie des membres. A la dose de 20 centigrammes, l'animal succombe toujours en l'espace de 7 heures.

**Académie de Médecine.**—Présidence de M. Sappey.

Du danger et de l'inutilité des grandes intensités galvano-caustiques, notamment dans leurs applications aux affections utérines. — *M. le Dr Danion* lit un travail dont voici les conclusions :

1<sup>o</sup> Les expériences nombreuses et variées faites sur les animaux démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés.

2<sup>o</sup> Les résultats chimiques obtenus dans le traitement des affections utérines, confirment d'une manière très nette ces effets d'électro-chimie-caustie expérimentale. Les hautes intensités peuvent dans ce cas déterminer des phénomènes inflammatoires graves dont il est impossible de prévoir l'issue.

3<sup>o</sup> Il n'existe aucune donnée physiologique, aucun résultat empirique, en un mot rien, absolument rien, pouvant plaider en faveur d'une substitution des hautes intensités aux basses et moyennes intensités, lesquelles sont absolument inoffensives. D'où il naît que la méthode des hautes intensités est non-seulement dangereuse mais encore absolument inutile.

4<sup>o</sup> Les hautes intensités voltaïques non caustiques paraissent inoffensives, cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

**Goître et leucocythémie.**

M. Hayem communique à la société médicale des hôpitaux l'observation d'une malade de soixante-deux ans qui a joui jusqu'à présent d'une bonne santé, et qui a présenté depuis quelques temps une hypertrophie du corps thyroïde. M. Hayem a examiné le sang de cette malade déjà cachectique, et a trouvé une augmentation considérable des globules blancs. En dehors de son hypertrophie thyroïdienne, cette malade ne présente aucun des autres caractères de la leucocythémie. On sait qu'il y a des cas de généralisation des goîtres ; cette généralisation se fait par la moelle osseuse ; or, la moelle osseuse peut donner lieu à de la leucocythémie dite miélogène.

M. Hayem consulte ses collègues sur la condition à tenir. Il craindrait que les injections iodées n'amenassent des chances de suffocation.

M. Bucquoy ne croit pas qu'il y ait cet inconvénient à craindre et pratiquerait, dans ce cas, les injections, telles que les a conseillées M. Duguet.

M. Chauffard propose les injections interstitielles de liqueur de Fowler qui ont donné de bons résultats dans les lymphadénomes.

### Angiocholite suppurée.

M. Ferrand présente les fragments du foie d'un homme qui a succombé à une angiocholite. D'après les symptômes, M. Ferrand avait pensé qu'il s'agissait d'un ulcère simple de l'estomac avec hépatite de voisinage. Ce malade a rapidement succombé et M. Ferrand a été très frappé de rencontrer un foie rempli de cavernes purulentes. Il n'y avait aucun calcul.

M. Rendu croit qu'on peut admettre plutôt ici une intoxication qu'une angiocholite suppurée. Ces lésions, en effet, présentent l'aspect d'infarctus septiques.

M. Ferrand ne croit pas que ce soient des abcès métastatiques, à cause de la disposition des abcès, de la qualité du pus mélangé de bile qu'ils contiennent, etc.

### Société Médicale des Hôpitaux

(Séance du 13 janvier 1888)

*Pathogénie du mal de Bright.* — M. GAUCHER rappelle d'abord que les néphrites chroniques reconnaissent des causes multiples : action tardive de la syphilis, de la scarlatine, influence des refroidissements, des agents toxiques ; c'est surtout vers ce dernier point que ses investigations ont été dirigées. Dans une série d'expériences, il a étudié la part qui doit être attribuée aux matières extractives non éliminées, telles que la leucine, la tyrosine, la créatine, la créatinine, etc., sur la production du gros rein blanc, et de la néphrite épithéliale. La créatine, injectée en solution aqueuse dans le tissu cellulaire d'un cobaye, rend l'animal albuminurique et détermine la mort au bout de 12 à 15 jours. A l'autopsie, on note une perte du poids du corps, de l'ascite dans la cavité péritonéale, une certaine infiltration du tissu cellulaire au niveau des piqûres. Le foie, la rate, les poumons sont sains. Les reins pâles, d'un blanc jaunâtre, hypertrophiés, présentent les lésions ordinaires de la néphrite aiguë, et dégénérescence granulo-graisseuse de l'épithélium des tubes contournés. M. Gaucher a obtenu des résultats semblables en injectant les différentes substances extractives précédentes.

Il en conclut que c'est à l'accumulation de ces matériaux dans l'organisme et à leur action irritante sur le rein que l'on doit attribuer les lésions des néphrites, élimination incomplète, et leur accumulation dans l'organisme, conditions qui se rencontrent principalement dans les maladies du foie et les affections chroniques.

Il y a plus : l'influence de ces matières extractives sur le rein peut s'exercer à l'état de santé. Mr Gaucher prend pour exemple le bouillon, très riche en créatine, les poudres de viandes qui en outre renferment des sels de potasses. S'il existe une néphrite latente, ces substances incomplètement éliminées suffiront à elles seules pour donner un coup de fouet à la maladie par défaut de leur élimination, et créeront un double danger.

*Emploi de l'acide lactique dans les diarrhées.* — Mr HAYEM continue à employer l'acide lactique chez les enfants du premier âge atteints de diarrhée, à la crèche de l'hôpital St-Antoine. Il se sert d'une potion ainsi formulée :

Acide lactique.....	1 drachme
Sirop de sucre.....	½ oz.
Eau distillée.....	3 oz.

Depuis l'année dernière il a modifié sa pratique qui consistait à en donner 5 à 6 cuillerées à café ; actuellement il en donne jusqu'à vingt par jour, ce qui correspond à une cuillerée à café toutes les demi-heures en dehors des tétées. Le médicament est bien supporté par les petits malades et a considérablement diminué la mortalité. Mr Hayem a été conduit aussi à donner l'acide lactique dans les diarrhées chroniques rebelles des adultes, liées à une irritation intestinale quelconque ; dans beaucoup de cas, le médicament s'est montré curatif. Il donne 2 à 3 cuillerées à bouche de la solution, soit 15 à 18 grains d'acide lactique par jour.

Mr Sevestre a prescrit chez les enfants une cuillerée à café de la même solution toutes les 5 à 10 minutes et n'a jamais observé aucun trouble. Cependant il n'a pu réussir avec ce remède dans les diarrhées bilieuses : celles-ci ne cèdent qu'à des doses élevées de bicarbonate de soude, 1 gr. 25 par kilogramme, du poids du corps, dans la journée.

*Névrites périphériques dans la néphrite intestitielle.* — Mr RAYMOND, à propos d'un malade de son service qui, dans le cours d'une névrite interstitielle, présenta une néphrite double du nerf sciatique poplité externe, est d'avis que les néphrites périphériques ne sont jamais essentielles, mais qu'elles doivent être rattachées à une inflammation soit des méninges rachidiennes, soit de la moelle au niveau de l'émergence des paires rachidiennes. Toutefois le retentissement sur les nerfs périphériques peut se manifester plusieurs mois après que la lésion primitive a débuté, de telle sorte que, dans un certain nombre d'observations, cette lésion primordiale a pu être méconnue.

M. RENDU partage l'opinion de M. Raymond, et considère les névrites périphériques comme le retentissement d'un trouble de nutrition

de la moelle sur les nerfs ; pour lui, la lésion spinale serait toujours primitive.

*Adénopathie sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer dans l'utérus* (1).— M. Troisier rapporteur d'un mémoire de M. André Petit, conclut que les cancers thoraciques, et ceux des viscères abdominaux peuvent se propager aux ganglion sus-claviculaires gauches ; dans certains cas, la pathogénie de cette généralisation s'explique facilement par une chaîne de ganglions engorgés qui s'étend de l'organe malade aux travers les ganglions lombaires et mésentériques. Dans d'autres cas, le mode de propagation devient plus obscur et la propagation se fait par le canal thoracique qui se jette dans la vaine sous-clavière gauche ; les éléments cancéreux, contenus dans la lymphe, passent par voie rétrograde dans les ganglions sus-claviculaires qui ne sont séparés du canal thoracique que par des vaisseaux afférents extrêmement courts.

H. M.

(Revue gén. de Clin. et de Thérap.)

### Académie de Médecine

(Séance du 18 janvier 1888)

*Du traitement de l'anthrax.*— Avant 1888, M. Verneuil n'intervenait activement que dans les anthrax graves. Il employait le thermo-cautère qu'il enfonçait jusqu'à 2 ou 3 centim. de profondeur. Actuellement, il a abandonné cette pratique et n'a plus recours, dans la presque totalité des cas, qu'aux *pulvérisations d'eau phéniquée*. Ce traitement lui a été inspiré par le fait suivant. Il avait eu en consultation un malade atteint d'anthrax qu'il devait opérer le lendemain. En attendant, il conseilla de faire des pulvérisations d'eau phéniquée. Quand il arriva pour opérer son malade, celui-ci était si bien qu'il demanda à ce qu'on attendît pour faire l'opération. Le sommeil était revenu, les fonctions digestives étaient meilleures. Bref, l'amélioration continua et le malade guérit sans opération.

Depuis cette époque, il n'a plus eu recours au thermo-cautère, ni au bistouri. La pulvérisation d'eau phéniquée appliquée dès le début des anthrax, petits ou moyens, donne des résultats excellents et, presque toujours, fait avorter la maladie. Deux malades atteints d'anthrax de l'épaule du même volume, entrèrent le même jour à l'hôpital. L'un avait subi une opération en ville, l'autre était resté sans traitement. On fit des pulvérisations, et le dernier anthrax fut guéri avant celui qui avait été incisé.

(1) Voir : *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, décembre 1887.



Un malade diabétique, avec 40 gr. de sucre par litre, fut atteint d'un petit anthrax de la joue. Les douleurs étaient vives, la peau livide. Après les pulvérisations, les douleurs cessèrent et, quatre ou cinq jours après le début du traitement, le malade était presque guéri. Un malade porteur d'un anthrax du volume du poing guérit par le même procédé. Il en fut de même pour un individu atteint d'un anthrax qui mesurait 12,5 centim. sur 10 cent. M. Verneuil n'a perdu que deux malades traités par les pulvérisations. L'un était un diabétique réduit à une profonde cachexie, l'autre, également diabétique, avait en outre un vaste phlegmon de la cuisse.

Les pulvérisations phéniquées donnent les mêmes succès dans les furoncles au début. Ceux-ci avortent. Chez un malade atteint d'une furoncluse en plaque de la nuque, les pulvérisations, dans l'espace de trois jours, firent disparaître les douleurs et la guérison fut obtenue au bout d'une semaine.

Ce traitement fait avorter les furoncles et les petits anthrax au début. Si la maladie est plus avancée, il tend à en arrêter les progrès. Plus tard, il limite le sphacèle, facilite l'élimination du bourbillon, désinfecte la plaie et abaisse la température. Le furoncle et l'anthrax sont des degrés différents d'une même maladie infectieuse. Ils sont justiciables des mêmes applications topiques. L'opération devient de moins en moins nécessaire et doit être réservée pour les cas exceptionnels.

On a proposé d'autres agents que l'acide phénique, *l'acide borique*, par exemple. M. Verneuil ayant eu de bons résultats avec l'acide phénique, s'en est contenté. Pour les anthrax légers et moyens, on se sert du pulvérisateur à alcool petit modèle, pour les anthrax volumineux, il faut avoir recours au gros pulvérisateur dont le jet agit d'une façon mécanique. La solution phéniquée pénètre dans les tissus et on a la preuve de ce fait par l'analyse de l'urine qui permet de reconnaître l'existence, dans ce liquide, de l'acide. Dans l'intervalle des pulvérisations, on applique des compresses imbibées de solution phéniquée. Le pulvérisateur doit être placé à 20 ou 25 centimètres du malade. La solution phéniquée est à 2 %. On fait deux heures de pulvérisation par jour en deux ou quatre séances. Dans les cas sérieux on peut faire un plus grand nombre de pulvérisations. Il faut avoir soin de garantir les tissus sains et de donner une attitude convenable au malade.

*Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif chimique.* — M. G. SÉRÉ rappelle qu'on a déjà essayé de diagnostiquer certaines maladies de l'estomac par des procédés chimiques. On savait que le *cancer* se caractérisait par une diminution de l'urée. C'est inexact. Aujourd'hui on reconnaît que la dyspepsie est chimique ou qu'elle

n'est pas. M. Laborde avait démontré, il y a huit ans, l'utilité du violet de méthyle pour la recherche des acides du sac gastrique ; aujourd'hui nous avons dans le floroglycaniline un excellent réactif de l'acide chlorhydrique.

Quand on veut rechercher cet acide, on fait prendre au malade deux œufs et une petite quantité d'eau. Quarante-cinq minutes après, au moyen de l'appareil Potain, il retire 1 à 2 centimètres cubes de suc gastrique. Avec le réactif indiqué, il suffit de chauffer légèrement pour voir apparaître sur les parois du vase de magnifiques cristaux rouges caractéristiques de la présence de l'acide chlorhydrique.

Les malades peuvent être rangées en trois classes ; 1° ceux qui n'ont pas d'acide chlorhydrique ; 2° ceux qui ont un accès de cette acide ; 3° ceux qui appartiennent tantôt à la première classe, tantôt à la seconde, ou qui ne donnent aucun résultat précis.

Dans le premier groupe, il faut ranger les *cancéreux*, qui n'ont pas d'acide chlorhydrique, mais dont le suc gastrique peut renfermer d'autres acides, et les malades atteints d'*altérations stomacales*. Quant à l'ulcère gastrique, il est très dangereux de faire le pompage chez les malades atteints de cette affection. Dans ce groupe rentrent encore les malades atteints de *dyspepsie marastique*.

Dans le deuxième groupe, on place les anémiques et les chlorotiques. Dans le troisième on rencontre les individus atteints de *dilatation de l'estomac*. Tantôt celle-ci est tout, tantôt elle n'est rien.

M. LABORDE fait remarquer que, contrairement à ce qu'a dit M. G. Sée, ses recherches sont connues des savants français.

M. CONSTANTIN PAUL s'étonne de voir que M. G. Sée n'accepte pas la valeur diagnostique dans le cancer de l'abaissement de l'urée.

M. G. Sée lui réplique que ce phénomène s'observe dans les dyspepsies simples. F. Rx. *Revue gén. de Clin. et de Thérap.*

## CLINIQUE CHIRURGICALE

### De la cure opératoire des hernies

PAR M. LE DR TRÉLAT,

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris (1).*

La question que l'on nomme, la cure des hernies, passionne actuellement le monde chirurgical ; dans le courant de l'année dernière, nous avons eu huit fois l'occasion de pratiquer les manœuvres opératoires

(1) Leçon clinique recueillie et dirigée par M. le Dr Barrette, chef de clinique, revue par le professeur Trélat.

qu'elle comporte, tous nos malades ont parfaitement guéri. Depuis quelques jours, nous avons pu observer deux sujets chez lesquels l'indication thérapeutique m'a semblé formelle ; l'un d'eux a été opéré il y a huit jours, le second va l'être aujourd'hui.

Le premier malade était atteint d'une grosse hernie inguinale accidentelle.

Dans le courant de novembre 1867, il y a vingt ans, à la suite d'une chute de cinq mètres de hauteur, il ressentit une vive douleur dans l'aîne droite. Un médecin, consulté quelques jours après, conseilla le port d'un bandage herniaire.

Jamais, jusqu'à ces derniers jours, il n'y a eu d'accident ; mais malgré le bandage renouvelé quand le besoin s'en faisait sentir, la hernie a augmenté de volume ; depuis deux mois elle a provoqué des accès névralgiques, le bandage n'a pu être toléré. Enfin, cinq jours avant l'entrée à l'hôpital elle est devenue irréductible. Un médecin de la ville a essayé le taxis et ne pouvant y réussir nous a présenté le malade. Nous avons constaté une hernie scrotale du volume du poing, dure et tendue ; après avoir endormi profondément le malade nous avons pu, à l'aide d'un taxis attentif et soutenu, réduire une masse épiploïque qui semblait former la totalité de la tumeur herniaire. Les jours suivants nous observions que cette tumeur se reproduisait avec la plus grande facilité.

Nous étions en présence d'un homme de 25 ans, vigoureux et bien portant, porteur d'une hernie en voie d'accroissement mal contenue et douloureuse ; elle renfermait de l'épiploon en notable quantité et à plus forte raison elle tendait à devenir irréductible. Allions-nous laisser cet homme, dans la force de l'âge, porteur d'une infirmité que les procédés thérapeutiques simples et usuels ne pouvaient corriger ? Non, messieurs, nous avons cru bon de lui proposer une opération qui lui procure une guérison totale, ou au moins qui lui permette de vaquer à son travail avec un simple bandage de précaution.

Le 25 novembre nous avons pratiqué l'opération ; à travers une incision de 9 centimètres, nous pénétrons jusqu'au sac herniaire, nous l'ouvrons et nous le trouvons rempli par une masse épiploïque volumineuse et non adhérente. Des efforts de toux du malade contrarièrent notre tentative de réduction, d'ailleurs nous n'insistâmes pas notablement. Après avoir placé sur le pédicule épiploïque quatre anses de catgut en chaîne, et les avoir fortement serrés, nous en fîmes la résection. Le fragment ainsi enlevé pesait 288 grammes, il avait une hauteur de 15 centimètres et une largeur de 23. Après quoi à l'aide des doigts et des ongles, nous pratiquâmes l'isolement du sac qui se présentait sous l'aspect d'une membrane mince, lisse et transparente ; patient

ment nous remontâmes très haut dans le taret inguinal et après avoir attiré le pédicule du sac nous l'étreignîmes à son tour à l'aide de deux fils de catgut croisés et serrés fortement. Une fois le sac sectionné en deçà de la ligature, celle-ci remonta et fut se cacher hors de la portée du doigt.

Après un lavage soigné de la région opératoire avec la solution de biodure de mercure (1), nous pratiquâmes la réunion et nous appliquâmes un pansement antiseptique sec fortement compressif. Au cinquième jour ce premier pansement a été levé, la réunion était totale et parfaite, comme d'ailleurs l'apyrexie complète de l'opéré nous l'avait fait prévoir et il n'a plus aujourd'hui qu'un pansement protecteur et compressif.

Le malade que nous allons opérer aujourd'hui a 32 ans ; c'est un garçon d'aspect lymphatique, très nerveux, imprimeur de son état, habituellement bien portant. D'après son récit, dès sa toute jeune enfance on s'aperçut qu'il avait une hernie du côté gauche, un médecin éclairé conseilla même de ne point porter de bandage ; ce conseil qui nous semble paradoxal s'explique néanmoins si l'on réfléchit aux incertitudes que la présence ou l'absence du testicule dans les bourses, son apparition parfois intermittente peuvent inspirer au médecin sur l'opportunité du bandage.

Il est probable que chez cet homme le testicule est resté longtemps à l'anneau inguinal, cette opinion est même confirmée par la forme et les particularités de la hernie. Quoiqu'il en soit, celle-ci subit une augmentation lente et progressive, et c'est surtout depuis neuf ans qu'elle est devenue très volumineuse. C'est à cette époque, à 23 ans, que notre homme a commencé à porter un bandage : mais bientôt celui-ci est devenu insuffisant. Très facilement réductible autrefois, la hernie est devenue un peu plus rebelle depuis quelque temps. Aujourd'hui elle atteint le volume des deux poings ; dans sa partie supérieure on sent une anse intestinale, plus bas elle est franchement eutéro-épiplique. Quand on l'a réduite, une masse épiplique du volume du pouce rentre aussitôt dans le sac herniaire. Le testicule est remarquablement petit et très mobile, il roule, glisse, se promène dans tous les coins du sac herniaire.

Cependant, lorsque rentrant complètement la hernie dans l'abdomen, on cherche à faire descendre le testicule qui est remonté à mi-chemin du fond des bourses à l'anneau inguinal, on ne peut plus lui faire exécuter ce mouvement de descente, il semble fixé par une bride à un des organes herniés ; en effet, tire-t-on sur le testicule sans main-

(1) Au dix-millième.

tenir l'anneau fermé, le paquet épiploïque descend immédiatement. Inversement, dès qu'on réduit la masse épiploïque, on remonte le testicule, il y a donc bien une bride qui le relie à cette masse ; fait que j'ai déjà constaté deux fois dans les hernies congénitales.

Nous avons donc là une hernie inguinale congénitale incontestable, avec un testicule atrophique. Cette hernie, peu importante dans l'enfance, s'est accrue au moment de l'adolescence ; d'abord facile à réduire, elle est devenue plus difficile, non-seulement à réduire, mais encore à contenir. Aujourd'hui, par son volume, elle rend tout travail difficile ; la bride que nous avons reconnue la rend incoercible ; le malade souffre. Telles sont les raisons qui nous poussent à l'opérer. Cette hernie est en voie de devenir irréductible, cette irréductibilité entraînerait, nous le savons, des accidents variés, nous devons soustraire le malade à cet avenir plein de menaces.

L'opération de la cure chirurgicale des hernies est une opération délicate, dans le courant de cette année nous en avons fait huit, sans un seul insuccès. Dans le cas de cet homme, deux difficultés se présentent, la hernie est congénitale et son sac très adhérent aux éléments du cordon ; il faudra donc par une dissection patiente et minutieuse isoler ceux-ci sans blesser ni le canal déférent, ni les vaisseaux ; il faut même prévoir le cas où, cette dissection devenant impossible, on serait obligé de fermer le canal séreux par le capitonnage en adossant ses deux parois. La communication largement ouverte entre le sac et le péritoine dont il n'est qu'une dépendance, et l'adhérence de la séreuse ou hile du testicule, qui est le caractère irréfragable de la congénialité, nous obligerons comme nous l'avons d'ailleurs déjà fait l'année dernière, à tailler aux dépens du sac une tunique vaginale et à constituer la cavité de celle-ci à l'aide d'une suture perdue. Telle est le programme que nous allons exécuter.

Mais auparavant, je dois vous dire quelques mots sur l'état de cette question si vivement débattue depuis quelques semaines à la société de chirurgie, et vous exposer en même temps comment je l'entends et sur quelles données j'ai assis ma pratique en cette matière.

Deux courants d'opinions se disputent aujourd'hui le terrain. Un certain nombre de chirurgiens étrangers, Soçin, (de Bâle), Mac-Ewen (de Glasgow), Wood et parmi nous M.M. Lucas-Championnière, Terrier, Richelot, luttent énergiquement pour démontrer l'utilité de l'opération qu'ils nomment *cure radicale* dans toutes hernies, petites ou grosses, congénitales ou accidentelles. Plus la hernie est récente, plus elle est petite, plus elle est simple, plus grandes aussi sont les chances de *restitutio ad integrum* de la région herniaire.

Mais il ne semble pas démontré que l'on atteigne couramment à cet

idéal. Si d'une part on considère le hernieux gêné constamment par un bandage insuffisant ou pénible à supporter, incapable d'agir, de travailler, de faire quelque effort et si, d'autre part, on nous le montre toujours après l'opération, rénové, ragaillardé, restitué à une vie facile, en possession de toute sa force et de toute sa vigueur musculaire, oui, le résultat est parfait, et c'est à bon droit que l'opération s'appelle cure radicale. Mais nous savons d'après les statistiques modernes, que 40 % des opérés n'obtiennent pas cette guérison totale si ardemment cherchée ; ils sont exposés à la réapparition de leur hernie au lieu même où on a porté le bistouri, ou dans un autre point de l'abdomen.

Aussi la généralité des chirurgiens français, et je me range dans cette catégorie, n'a pas admis d'opérer tous les hernieux. On y met plus de réserve, et on borne les indications opératoires aux accidents actuels ou imminents des hernies : douleur, incoercibilité, irréductibilité.

Je suis arrivé à cette seconde doctrine par une autre voie. Depuis longtemps, je cherchais à reconstituer toutes les périodes de l'histoire de ces grosses hernies mal contenues, que de temps en temps nous sommes appelés à réduire à grand renfort de patience, d'habileté et de persévérance, que quelquefois nous ne pouvons réduire et que nous laissons irréduites dans leur sac.

Depuis longtemps, j'avais enseigné que toute hernie doit être rentrée, quelques manœuvres qu'il faille faire pour arriver à ce résultat, et je me butais avec mon principe absolu contre ces grosses hernies non réduites, auxquelles il était convenu de remédier par des bandages toujours insuffisants.

Qu'arrivait-il ? De temps en temps nous les voyions, ces grosses hernies, atteintes d'accidents formidables et pressants, subitement irréductibles et doublées de volume, douloureuses. Quelquefois l'orage se calmait et la tumeur herniaire demeurait plus grosse qu'auparavant jusqu'à une nouvelle crise ; mais souvent aussi la mort survenait surprenant le chirurgien temporisateur. J'ai maintenant rejoint les deux bouts de ces histoires si variées en apparence mais toujours si semblables : je sais maintenant ce que deviennent ces grosses hernies entéro-épiplôïques compliquées d'adhérences, de brides, de sacs accessoires. Je sais qu'elles ne sont pour ainsi dire que l'âge adulte des hernies qui, d'abord petites et réductibles, ont peu à peu grossi et sont devenues plus ou moins compliquées. Voici un fait démonstratif s'il en fut, qui va entraîner votre conviction. Il y a neuf ans, je fus consulté par un homme jeune, bien portant, riche et de bonne mine, pour une hernie inguinale irréductible depuis 10 ans ; il avait alors 23 ans.

Je le traitai par la diète, le repos au lit, les purgatifs répétés et, à l'aide de chloroforme, je parvins à réduire la hernie, et je lui appliquai un bandage puissant qui assura la contention. Au bout de quelques années, mon malade se maria ; il conserve néanmoins son bandage avec prudence ; mais au bout de 2 ans, se croyant guéri, il le laisse de côté. La hernie ressort et devient tout à fait irréductible. De nouveau on le soumet à la diète, aux purgatifs, et un chirurgien éclairé de province tente la réduction sous le chloroforme. Il échoue, la hernie devient sensible, irritable, mon malade me prie d'intervenir et, il y a quatre ans, je tente de pratiquer la cure chirurgicale de sa tumeur. Je tombe alors sur une hernie des plus compliquées, une partie de l'intestin était réductible, le reste était adhérent à l'épiploon, celui-ci contractait à son tour de larges adhérences en pinceau à la face postérieure du sac ; il me fallut faire une dissection minutieuse, longue et pénible ; je terminai l'opération.

Mais le malade ne tarde pas à être pris d'accidents graves qui amenèrent sa mort. Je fus dès lors, messieurs, dégoûté de ces interventions sur les hernies compliquées ; je me dis que si j'avais opéré mon malade à 23 ans, le cas eut certainement été plus simple, je l'aurais sans doute guéri et il n'aurait pas succombé. J'adoptai alors une autre formule thérapeutique et je vis dans la cure radicale, que je préfère maintenant appeler cure opératoire des hernies, le moyen de soustraire toute la série des individus atteints de hernies compliquées aux accidents continus et graves qui doivent fatalement finir par les emporter.

C'est pour exprimer nettement ce principe thérapeutique que j'ai donné récemment une formule précise que je vous rappelle : "Toute hernie qui n'est pas complètement, constamment et facilement contenue par un bandage, est passible de la cure radicale que plusieurs fois déjà je vous ai proposé de nommer une opération." Tel est le principe qui guide ma pratique actuelle, je le crois bon et inattaquable.

On m'a objecté que je proposais d'opérer ces individus dont la hernie contenue par le bandage pendant le jour, sortait facilement le soir dès qu'ils l'enlevaient. Eh bien ! quoique ces malades puissent faire réduire eux-mêmes avec une légère pression de la main, je les considère comme exposés ; ceux-là peuvent, en faisant quelque manœuvre de force, voir leur hernie sortir et s'étrangler brusquement.

J'avais dit complètement réductible, on m'a objecté qu'on pouvait très bien, à l'aide d'une pelote concave contenir des hernies épiploïques incomplètement réductibles. Je m'élève absolument et énergiquement contre cette doctrine ; la hernie, épiploïque, irréductible, rappelez-vous-le bien, est une menace constante ; c'est celle-là que je considère avant toute autre comme indiquant une opération aussi rapide que possible, dès qu'on l'a constatée.

J'avais ajouté facilement, par là j'ai voulu dire que tous les hernieux qui ne pouvaient supporter le bandage sans douleur, tous ceux qui du fait de la difficile contention étaient obligés de subir des pressions pénibles, avaient tout à gagner à l'intervention sanglante.

Je sais bien, messieurs, que d'autres ont pu me reprocher de ne point me rendre compte de ce que peut l'opération dans les hernies simples, des jeunes sujets. Ce reproche me touche peu et je laisse volontiers faire l'expérience aux autres. Je crois que le port d'une hernie petite, facile à réduire et à contenir avec un bon bandage n'est pas une infirmité grave tant qu'il n'y a pas d'accidents. Je connais des exemples de ces hernies qui ont guéri et dont la guérison a persisté. Chez cinq malades, trois hommes et deux femmes, que j'ai longtemps soignés et suivis depuis leur enfance jusqu'à l'âge adulte confirmé, j'ai observé la guérison définitive de hernies inguinales congénitales. D'abord le bandage contentif, plus tard le bandage de précaution ; plus tard enfin, plus de bandage et malgré cela la grossesse, l'accouchement, et pour les hommes, les exercices de force. Irons-nous offrir, en face de ces guérisons, une opération qui paraît ne leur donner que les trois cinquièmes de chances d'une guérison complète ? Je crois qu'il vaut mieux surveiller ces hernieux, suivre leur guérison, ou l'apparition des complications que seule indiquera l'opération.

Telle est la pratique que je crois rationnelle et recommandable ; traiter chirurgicalement les hernies qui ne sont pas constamment, complètement et facilement contenues, surveiller celles qui sont en voie d'évolution et les opérer dès qu'elles peuvent entrer dans la catégorie des hernies dangereuses. Prévenir l'attaque vaut mieux que de se défendre désespérément contre un ennemi envahissant et redoutable.

N. B. — Le second malade a été opéré le 2 décembre ; l'épiploon adhérait à la queue de l'épididyme par un tractus fibreux très résistant, probablement un vas aberrans du testicule. La dissection du sac, bien que la hernie fût congénitale, put être accomplie dans toute sa hauteur, et la ligature fut portée jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. Après quoi, on pratiqua la résection d'une tunique vaginale, à l'aide d'une suture perdue au catgut fin. Suture de la peau, pansement antiseptique avec la gaze iodoformée et le coton hydrophile. La guérison s'est effectuée sans trace d'inflammation, aujourd'hui, 31 décembre, vingt-sept jours après l'opération, le malade est depuis fort longtemps complètement guéri, et attend sous une simple couche d'ouate recouvrant la région opératoire, le moment de pouvoir se lever et sortir de l'hôpital.

En somme, avec l'expiration de l'année 1887, en comptant une nou-



velle opération faite le 23 décembre, nous arrivons à un total de onze opérations complètement guéries par réunion primitive, sans l'ombre d'un accident ni d'une complication. (*Revue gén. de Clin. et de Thér.*)

## MEDECINE PRATIQUE.

### Traitement de la chorée par l'arsenic.

Il s'agit des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler. On fait un mélange de P. E. de cette liqueur et d'eau distillée, et l'on injecte par gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on commence par une goutte et l'on arrive par progression journalière jusqu'à huit et dix, après quoi on ramène progressivement ce nombre à une goutte. Cette méthode, proposée par le Dr Frühwald dans les *Memorabilien*, amènerait une guérison presque assurée et prompte : par exemple une amélioration très grande en deux semaines environ, et très souvent la guérison en quatre semaines. Pas de récides. Le reste du traitement est purement hygiénique.

### Des antiseptiques dans le traitement de la diarrhée des enfants.

Le docteur Emmett Holt termine ainsi un récent article publié par le "Médical Journal" de New-York.

N'est-il pas rationnel de chercher à débarrasser les intestins le plus rapidement possible, et en même temps d'arrêter la décomposition des matières qu'ils contiennent ? En d'autres termes, ne vaut-il pas mieux traiter la cause et non l'effet ?

Mais de quelle façon doit-on administrer les antiseptiques ? Le salicylate de soude se prescrit habituellement aux doses d'un à trois grains toutes les deux heures, selon l'âge de l'enfant, de trois mois à trois ans. A ces doses, la solution aqueuse n'a pas de goût, et peut être facilement donnée avec les aliments liquides et solides. Cette substance, ainsi administrée, ne produit jamais de vomissements, elle aurait plutôt une certaine tendance à les arrêter quand ils existent.

La naphthaline, bien qu'ayant une odeur forte, n'est pas désagréable au goût. A cause de son insolubilité, il est préférable de la faire prendre aux enfants mélangée à une poudre inerte, de sucre par exemple. On peut l'employer à des doses plus élevées que le salicylate de soude, de deux à six grain, suivant l'âge.

La résorcine doit être administrée à de très petites doses, d'un demi à deux grains, suivant l'âge de l'enfant. Elle est amère, et n'est pas facilement prise par les petits malades, malgré sa grande solubilité dans l'eau.

Après ces conseils sur l'administration des antiseptiques, le docteur Holt émet les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La diarrhée d'été des enfants ne peut pas être regardée comme une maladie dépendant d'un agent morbide particulier ;

2<sup>o</sup> Les causes éloignées sont nombreuses, telles que la chaleur, le mode de nourriture, les conditions hygiéniques, la dentition, etc., etc. ;

3<sup>o</sup> La cause immédiate persiste dans les altérations putrides qui se produisent dans l'estomac et les intestins ;

4<sup>o</sup> ces produits peuvent agir comme de véritables poisons, ou bien causer une irritation locale et une inflammation de l'intestin ;

5<sup>o</sup> Les flux diarrhéiques doivent être considérés comme salutaires ;

6<sup>o</sup> L'emploi routinier de l'opium et des astringents sont non-seulement inutiles, mais nuisibles, car l'opium arrête l'élimination et augmente la décomposition putride ;

7<sup>o</sup> Les évacuations doivent être considérées comme une partie du traitement ;

8<sup>o</sup> De nombreuses expériences cliniques ont prouvé que la naphthaline et les sels de l'acide salicylique, doivent être considérés comme les antiseptiques intestinaux qui ont le plus de valeur.

(*Courrier Médical*).

L. P. (trad.)

## THERAPEUTIQUE MEDICALE.

— *L'antipyrine dans la chorée, l'épilepsie, les douleurs cardiaques et les hémoptisies ; son action sur l'utérus.* — Décidément, l'antipyrine est à l'ordre du jour et va devenir une panacée, non-seulement contre toutes les douleurs, mais contre les maladies les plus disparates. Il y a loin du jour où la Société de thérapeutique arrêta la lecture du premier travail fait en France sur ce sujet, parce que l'antipyrine n'était pas suffisamment connue dans sa composition chimique !

— a). Toujours est-il qu'en raison de son action modératrice sur l'excitabilité médullaire, elle pourrait être conseillée dans certaines formes de neurasthénie, dans l'irritation spinale, dans le tabes spasmodique, dans les épilepsies spinales, dans les affections des cordons antéro-latéraux de la moëlle, dans certaines myélites, et que son emploi a été suivi de beaux succès entre les mains de M. Legroux, dans

le traitement de la *chorée* (voir la séance de l'Académie de médecine, décembre 1887).

L'antipyrine est donc un "médicament nervin," à peu près au même titre que l'acétanilide, comme M. Lépine, de Lyon, l'a démontré un des premiers.

— *b*). Pour l'*épilepsie*, les succès sont encore contestés ; mais M. Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de Lille, pense que l'antipyrine est appelée à rendre des services au moins dans certains cas. Il ajoute, avec raison, qu'elle est inférieure en action au bromure de potassium, "qu'elle n'est et ne sera jamais un spécifique de l'épilepsie" (*Gaz. méd. de Paris*, 25 déc. 1887). D'après l'auteur, elle donne seulement des résultats chez les malades qui rentrent dans l'une des catégories suivantes :

1° Les épileptiques dont les accès sont influencés par la menstruation ;

2° Les épileptiques qui n'ont eu que des accès larvés, caractérisés par des troubles psychiques, des vertiges et tous les accidents du petit mal ;

3° Les épileptiques migraineux.

Dans le premier cas, c'est-à-dire chez les épileptiques dont les accès reviennent surtout aux époques menstruelles, il suffit d'ordonner 30 à 45 grains d'antipyrine par jour durant quatre ou cinq jours avant les règles.

Dans les autres cas, une dose journalière d'un drachme est suffisante, et elle peut être prolongée longtemps sans danger pour le malade.

— *c*). L'action du médicament dolorifuge est mieux prouvée depuis les premiers travaux d'Alexander (de Breslau) et Bernheim (de Nancy) qui, dès l'année 1884, ont cité les premiers cas de guérison de divers rhumatismes ; de Khomiakoff et Lwoff en 1885, de White, Sprimons et Katzaourof en 1886, d'Ungar (février 1887) et de Robertson (7 mars 1887), sur la guérison des hémicrâniés et des névralgies diverses. M. Ignatof, après avoir cité ces auteurs qui ont ainsi frayé la voie aux recherches de M. G. Sée — (recherches datant du mois d'août 1887), étudie dans sa thèse récente (Paris 15 déc. 1887), — l'action de l'antipyrine sur les douleurs cardiaques. Dans ces cas, le médicament ne doit pas être prescrit à une dose supérieure à 15 grains chaque fois, de façon à ne pas dépasser 45 à 60 grains en quatre à cinq heures. Si l'on veut agir plus rapidement, il faut avoir recours aux injections sous-cutanées d'après la formule suivante :

Antipyrine.....	} à à 2½ drachmes.
Eau.....	
Chlorhydr. de cocaïne.....	

Injecter une seringue entière Pravaz qui contient ainsi 10 grains. Souvent la dose de 5 grains (une demi-seringue) est suffisante.

Les dix observations contenues dans cette thèse "démontrent l'action bienfaisante de l'antipyrine dans les douleurs cardiaques"; l'auteur explique avec beaucoup d'embarras, puisque les accès d'angine de poitrine sont le plus souvent caractérisés par un excès de la tension artérielle et que celle-ci est vraisemblablement augmentée par l'antipyrine. Mais le fait de la sédation douloureuse est là, on ne peut le nier, et les théories doivent s'incliner devant un fait.

Il est cependant une remarque importante à présenter au sujet de l'angine de poitrine : ses accès sont admirablement calmés par les inhalations de nitrite d'amyle, médicament qui abaisse la tension artérielle et dilate certainement les coronaires, et qui agit avec une promptitude supérieure à celle de l'antipyrine. D'un autre côté, si la sédation des douleurs est une œuvre divine (*opus divinum, sedare dolorem*), la douleur n'est pas l'élément capital de l'angor pectoris, ce n'est pas elle qui tue le malade, et tous les médicaments dolorifuges laissent de côté l'affection causale, sclérose coronaire, contre laquelle la médication iodurée devenue classique a seule une action curative. Enfin, quoique l'auteur de la thèse affirme que dans ses dix observations il n'a vu "aucun effet fâcheux se produire à la suite de l'administration prolongée du médicament," on peut lui objecter toujours les cas de syncope et de collapsus cardiaque que ce dernier a provoqués, et lui demander s'il est prudent de calmer la douleur aux prix d'un accident syncopal qui peut devenir promptement mortel. Le Dr Wilson (*Philadelphia Medical Times*, 15 octobre 1887) qui cependant place l'antipyrine "au premier rang des agents destinés à calmer les différentes espèces de douleurs," ne voit lui-même qu'une contre-indication à l'emploi de l'antipyrine, c'est "à l'affaiblissement de la circulation." Elle doit donc être prescrite avec la plus grande prudence, avec la plus sévère réserve dans une maladie syncopale par excellence à laquelle Parry donnait si judicieusement le nom de *syncopa angens*.

— d). Un médecin russe, le Dr Byvalkevitch (*Med. Obsr.*, n° 15, 1887), regarde l'antipyrine comme un médicament très actif contre les hémoptysies qui cèdent assez rapidement aux doses de 10 à 20 grains alors que les autres hémostatiques, l'ergot de seigle et l'atropine, restent sans effet. Ce résultat n'est pas surprenant, et l'excellente thèse de M. Arduin (*Etude thérap., et phys. de l'antipyrine*, Paris 1885), que les divers auteurs laissent bien dans l'ombre — on ne sait pourquoi, — mentionne pour la première fois cette action hémostatique, ainsi que l'action antiputride du médicament

— e). M. Chouppe a rapporté plusieurs faits (*Société de biologie*, 16

juillet et 19 novembre), dans lesquels l'antipyrine, administrée par la voie rectale, avait donné d'excellents résultats dans les douleurs de la dysménorrhée et les tranchées consécutives à l'accouchement. Il cite même un cas de myome utérin volumineux, avec hémorragies abondantes, arrêtées par l'ergot de seigle, mais au prix de tranchées intolérables. La morphine fit cesser ces douleurs, mais sans modérer l'hémorragie. C'est alors que l'antipyrine administrée en lavement, calma les douleurs et arrêta l'hémorragie, en vertu du pouvoir hémostatique de cet agent dont nous venons de parler.

M. le Dr E. Laget vient encore de confirmer ce fait thérapeutique : une jeune femme qui avait déjà eu plusieurs fausses couches, est prise, au 5<sup>e</sup> mois d'une grossesse, de douleurs abdominales violentes, faisant redouter un nouvel avortement. Les lavements laudanisés ayant été inefficaces, on prescrit un lavement à l'antipyrine ( $\frac{1}{2}$  drachme pour 4 oz. d'eau), que l'on répète encore, une heure après. Un quart d'heure après le second lavement, les douleurs s'apaisent, les contractions utérines deviennent plus rares, et la fausse couche se produit sans accidents (*Marseille médicale*).

R. D.

## FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE.

### Mixture à l'Iodoforme. (BOUGHARD).

Iodoforme.....	12 grains.
Éther sulfurique.....	2 onces.
Charbon végétal pulvérisé.....	6 "
Mêlez et ajoutez après l'évaporation de l'éther : Glycerine.....	5 onces

F. s. a. — Une cuillerée à bouche toutes les deux heures dans un demi-verre de limonade (antiseptie intestinale).

### Vin diurétique. (GRANEL).

Squames de Scille.....	} ââ	2 drachmes.
Feuilles de digitale.....		
Cannelle.....	3	"
Acétate de potasse.....	$3\frac{1}{2}$	"
Vin de Madère.....	1	chopine.

F. s. a.

Dose : de une à quatre cuillerées à soupe par jour.

### Potion diurétique.

Teinture de Scille.....	15 gouttes.
Eau de Menthe.....	$\frac{1}{2}$ once.

Sirop d'asperges.....	1½ "
Sirop d'écorces d'oranges amères..	2 "

A prendre par cuillerée à bouche dans les vingt-quatre heures.

**Potion diurétique.** (GUERSANT).

Sirop d'asperges .....	} ââ 1½ once.
Oxymel scillitique.. .....	
Nitrate de potasse.....	10 grains.
Décoction de chiendent.....	4 onces.

**Tisane diurétique.**

Poudre de Scille.....	½ drachme.
Nitrate de potasse .....	2½ "

Faire infuser pendant dix minutes dans un litre d'eau bouillante.

Dose : un verre tous les jours.

**Pilules diurétiques.**

Poudre de Scille.....	15 grains.
Calomel .....	2 "
Sirop de gomme.....	q. s.

Mêler, diviser et f. s. a. vingt pilules,

Dose : deux pilules à chaque repas.

**Pilules contre l'hydropisie.** (G. SÉF.).

Extrait de Scille.....	15 grains.
Scille pulvérisée .....	10 "

F. s. a. dix pilules.

Dose : de six à dix pilules par jour.

**Tisane diurétique.**

Stigmate de maïs.....	2½ drachmes.
-----------------------	--------------

A faire infuser dans un litre d'eau bouillante pendant dix minutes, passer.

Dose : trois verres par jour.

**Poudre diurétique.**

Poudre de Scille.....	3 grains.
Poudre d'opium .....	$\frac{2}{3}$ de grains.
Poudre de cannelle .....	3 gros.

Mêler, à prendre deux fois dans la journée.

**Lavement diurétique.** (EWALD).

Nitrate de potasse.....	75 grains.
Petit lait .....	4 onces.
Oxymel simple.....	6 drachmes.

## CHRONIQUE.

---

La parole ou plutôt la plume est à Mr le Dr Marsil. C'est à moi qu'il adresse ses aménités : *oyez, oyez* vous qui aimez les épices.

M. LE DR NOIR,

Au cours de votre dernière chronique (page 521), vous dites :

“ C'est un tour d'ingénuité comme SEUL pouvait en inventer le “ gouverneur qui proposa que l'examen des élèves de McGill, de “ l'Ecole de Médecine et de Bishop *soit faits* (sic) trois mois après la “ clôture de la session scolaire.”

Et d'abord, pitié pour ce langage qui me semble d'une convenance plus que douteuse. Un boulevardier (1) ne saurait mieux faire dans le genre. Je le regrette pour vous qui osez poser en censeur dans une question qui occupe sérieusement, et depuis longtemps déjà, notre monde médical.

Mais il devait y avoir un motif, une raison d'être à ce tour d'ingénuité comme SEUL..... “ à cette douce naïveté de vouloir astreindre “ cent à cent cinquante élèves a attendre, trois mois durant, les ap- “ points de dix a douze confrères dont les cours ne sont pas termi- “ nés.”

Ce motif, vous ne l'ignoriez pas ; vous saviez qu'il était plausible, honnête et honorable ; qu'il ne visait et qu'il ne POUVAIT viser en aucune manière une douzaine de confrères, mais il fallait le dénaturer pour satisfaire votre soif de dénigrement. Vous avez eu au moins ce triste courage en vous lançant aveuglément dans une petite diatribe aussi inoffensive qu'inepte. Vous aviez réservé cette perle pour orner ce spirituel dialogue qui termine si piteusement votre chronique.

Je vous cite encore, c'est si intéressant ! (page 524) : “ Il y a plus, “ le Bureau a voté la résolution du Dr Marsil qui veut que l'examen “ ait lieu au mois de juillet, c'est-à-dire trois mois après la clôture du “ McGill, de l'Ecole de Médecine et du Bishop ! Et cela pour l'amour “ d'une douzaine de confrères de Laval dont les cours ne sont pas “ terminés.”

Voilà le motif que vous me prêtez gratuitement ; voyons jusqu'où vous avez raison, si toutefois elle n'est pas obnubilé par des préjugés invouables que vous n'avez pas eu la force, encore moins le

---

(1) *Boulevardier* est un produit nouveau que l'Académie et Larousse n'ont pas encore approuvé. — (Le Dr Noir).

courage, de dominer. Il me sera facile mais désagréable de vous convaincre non-seulement de partisanerie égarée, mais plus, d'inexactitude préméditée.

Comment aurai-je pu vouloir favoriser mes confrères de Laval qui ne voulaient point de faveur de ce genre, puisque tous, tant de Québec que de Montréal, ont voté pour les cours de six mois. Leurs élèves seraient donc obligés, comme les vôtres, d'attendre trois vilains mois.

A mon arrivée à Québec, lors de la dernière assemblée du Bureau, j'exprimai aux deux représentants de l'Université-Laval de la vieille Capitale l'opinion qu'il fallait s'efforcer d'amender le projet de loi de manière à exiger neuf mois de cours au lieu de six. Ils me répondirent, tous deux, qu'il était impossible d'obtenir cette réforme ; que la majorité du Bureau s'y opposerait. Ils avaient préjugé cette question avec une parfaite exactitude ; le vote du Bureau ne fit que sanctionner cette opinion. Aussi veuillez relire le compte-rendu de notre dernière assemblée et il vous sera facile de constater que pas un seul professeur de Laval, de Québec ou de Montréal, ne s'est opposé aux cours de six mois. Il est de toute évidence qu'en demandant que les examens fussent fixés au commencement de juillet, je n'ai pas voulu et n'aurais pas pu favoriser mes douze confrères de Laval. Avec un peu de discernement et d'impartialité vous seriez arrivé tout naturellement à cette conclusion. Le but vers lequel je tendais était facile à entrevoir.

Vous savez depuis longtemps que j'ai toujours été en faveur des cours de neuf mois et de quatre années d'études médicales. Je ne me dissimule pas que c'est un léger surcroît de dépenses imposées à messieurs les étudiants qui le subiront volontiers, parce qu'ils sont d'avance persuadés que c'est pour leur plus grand avantage. Pas un d'eux qui a l'ambition de devenir un médecin distingué ayant à cœur la légitime et heureuse prétention de parcourir une honorable carrière et pour lui et pour le pays, n'ignore quelle somme de travaux il lui faut s'imposer pour atteindre les sommets élevés vers lesquels le convie ses aspirations. Si je ne portais intérêt, le plus vif comme le plus franc intérêt à cette jeunesse ardente, laborieuse et intelligente, je ne me préoccuperais nullement de son avenir ; il m'importerait bien peu qu'elle soit négligée dans sa cléricature comme mes compagnons d'études et moi l'avons été dans le sale taudis de la rue Lagachetière. Le patriotisme nous avait rivé à cette pauvre mesure que nous idolâtrions parce que c'était l'Ecole de Médecine. Nous aurions pu, comme beaucoup d'autres compatriotes moins enthousiastes à l'article de la nationalité, se préoccupant plus d'un titre honorifique



que de l'avenir de nos institutions, aller demander à McGill, en suivant ses cours, un diplôme qu'on ne pouvait nous accorder chez nous. Comprenant qu'il était de notre devoir d'encourager notre école canadienne et de l'aider à surmonter les difficultés qui assiègent ordinairement une institution naissante, nous lui sommes restés attachés (1) de tout notre juvénile dévouement.

Voilà, M. le Dr Noir, le seul motif qui m'a poussé à proposer que les examens fussent fixés au commencement de juillet. Cette proposition a eu l'honneur de réunir *par deux fois* la grande majorité des suffrages dans le Bureau. Cette majorité visait-elle aussi les douze confrères de Laval? N'est-ce pas que vous serez assez sage pour ne pas le dire. Je veux de fortes études médicales et des examens sévères et brillants qui, seuls, donneront à notre pays des médecins célèbres. Tel est mon motif qui ne ressemble guère, vous l'avouerez, à votre petit coup d'imagination débraillée de partisanerie aveugle.

Une clameur générale s'est fait entendre, il y a quelques années, dans notre corps médical: "*rehausser le niveau des études,*" telle était cette clameur (2).

Est-ce pour atteindre ce but que vous avancez inconsidérément: "Un bon point. Le nouvel acte exige quatre ans d'études suivies dans les universités ou écoles de médecine. Ce n'est certes pas trop, je devrais dire que c'est trop peu; mais c'est un immense progrès sur le passé."

*C'est trop peu*, et cependant vous voulez abrégé ce temps des études en exigeant que six mois par année. Quatre ans, ce n'est certes pas trop, mais il faut n'obliger les élèves à ne faire que deux ans de cours et leur accorder deux années de vacances.

Et vous osez parler de tour d'ingénuité que SEUL..... Encore une fois, vous me faites pitié. Inexactitude et outrage à la vérité d'une part, et illogisme de l'autre, c'est vous.

Est-ce en abrégé ainsi ces études, est-ce en facilitant les examens et préliminaires et finales (3) que vous réaliserez cette idée? Est-ce en ouvrant la porte toute grande aux bacheliers de toute espèce et qualité que l'on relèvera le niveau des études?

Mais Cambridge! mais Oxford! objectez-vous. Allons, soyez sérieux. Cette œillade à vos amis du moment vous compromet encore davantage. Quand toutes les universités de notre pays seront aussi soucieuses de leur réputation que celles d'Oxford et de Cambridge, nous

(1) Comment aimez-vous cet r là ?

(2) Cette répétition est charmante, ne croirait-on pas assister à une harangue de *husting* ?

(3) En français on ne dit pas examens finales. — (Le Dr Noir).

pourrons alors modifier notre code médical et accepter leurs bacheliers sans examen.

Vu que d'aussi célèbres institutions ne s'improvisent point en quelques années, sauvegardons autant que possible les intérêts de notre corps médical par une bonne loi, infiniment meilleure que celle qui va être soumise à la législature.

J'aborde sans transition la question du Bureau central d'examineurs. Je considère que nous réaliserions un progrès réel en adoptant cette mesure. Qui ignore qu'il y a relâchement quelque part dans les examens de nos universités de Montréal, afin de s'attirer un plus grand nombre d'élèves? Avec ce Bureau, cette manigance disparaîtrait pour l'honneur de la profession. Je parle d'expérience, parce que c'est devant un semblable Bureau que j'ai subi mes examens et je me rappelle avec quelle impartialité j'y ai été traité. Ces réminiscences m'engage (1) à revenir à ce système et à vous assurer, M. le Dr Noir, que là on ne nous passait point de listes de questions quelque quinze jours avant l'épreuve probatoire !!!

Vous vous objectez à ce Bureau en osant dire sans rire qu'il est impossible de faire subir des examens loin de la salle de dissection, de l'amphithéâtre de médecine opératoire et du laboratoire de chimie. Pourquoi n'ajoutez-vous pas aussi — au moins la farce serait irréprochable—le laboratoire d'hystologie (2), la chambre des vivisections, des démonstrations physiologiques, etc. Franchement on croirait que vous possédez tout cet immense arsenal scientifique dans votre humble logis de l'École de Médecine. Vous tentez en vain de nous faire croire que vous n'avez plus rien à envier aux fameuses universités de Paris, Londres, Berlin, New-York, etc., etc. Celle-là par exemple est une bourde trop épaisse.

Encore un mot, et je termine.

Vous accusez le Bureau d'avoir manqué de respect à M. le Dr Howard. Encore une inexactitude à votre avoir. M. le Dr Howard a toujours été entendu avec attention et respect par tous les membres du Bureau.

Votre flagornerie et votre servilisme ne vous élèveront jamais de l'épaisseur d'un soupçon dans l'opinion des professeurs du McGill qui n'ont jamais admiré à outrance votre École de Médecine. Ils ont l'habileté de vous faire jouer le triste rôle d'instruments et vous êtes assez ineptes pour ne pas vous en apercevoir. Soyez-en certain, du

(1) l'auteur chère grammaire, comme mon professeur le traitait. — (L. Dr Noir).

(2) En français on ne dit pas hystologie. — (L. Dr Noir).

moment que McGill n'aura plus besoin de votre coupable lacheté, il vous tournera le dos et vous méprisera comme vous l'aurez certes bien mérité.

DR D. MARSIL.

St-Eustache, 25 déc. 1887.

\* \* \*

“ Diou de diou ! Que d'eau ! que d'eau ! ” dirait Tartarin. Quel déluge ! Quel abus !

Et dire que cette jolie *Communication* est l'œuvre d'un de nos graves gouverneurs.

La signature est superflue ; on eût reconnu l'auteur à la dignité du ton et à la délicatesse du style qui caractérisent son article.

Rien de pur, rien de gracieux comme la *manière* du Dr D. Marsil lorsqu'il parle de ma *soif de dénigrement*, de ma *diatribe aussi inoffensive qu'inepte*, de ma *partisanerie égarée*, de mes *inexactitudes préméditées*.

Lisez aussi la phrase suivante, bijou de pureté grammaticale et littéraire : “ Voyons jusqu'où vous avez raison si toutefois ELLE n'est pas obnubilée par des *préjugés inavouables que vous n'avez pas eu la force, ENCORE MOINS LE COURAGE, de dominer* ; notez aussi mon *petit coup d'imagination DÉBRAILLÉE de partisanerie aveugle*, ma *flagornerie*, mon *SERVILISME*, ma *coupable LACHETÉ*, mon *triste rôle d'instrument*.”

Mais la perle de l'écrin, c'est lorsqu'il parle de L'ÉPAISSEUR D'UN SOUPÇON ; est-ce assez spirituel !

Oh le malin ! Je le soupçonnais bien d'une certaine épaisseur,..... aujourd'hui..... je la connais.....

\* \* \*

Chers lecteurs, veuillez me pardonner d'avoir fait imprimer ces trois pages. Estimez-vous heureux que leur auteur n'ait pas donné libre cours à sa *bile* ; songez qu'il s'est privé, qu'il est resté bien en deçà de la satisfaction de ses besoins. Encore un peu et l'averse eût pris les proportions d'un déluge.

Vous ne savez pas, je parie, à quoi je dois les honneurs de cette boue, je vais vous le dire en deux mots. J'eus le tort, bien inoffensif, de constater et de dire que la proposition de Mr le Dr Marsil était un tour d'ingénuité : un de ces coups naïfs dont il semble monopoliser le secret. C'était, il faut l'avouer, toucher une fibre extrêmement délicate, la plus chatouilleuse de tout le sujet et ce n'est pas peu dire pour ceux qui le connaissent.

C'est tout un poème héroï-comique que l'histoire de cette fameuse résolution, mûrie depuis longtemps, caressée, dorlottée, *peignée* comme

un chef-d'œuvre. Ecoutez le héros, comme il raconte les difficultés, les combats, chante la victoire et jouit du triomphe.

“ A mon arrivée à Québec, lors de la dernière assemblée du Bureau, j'exprimai aux deux représentants de l'Université-Laval de la vieille Capitale, l'opinion qu'il fallait s'efforcer d'amender le projet de loi de manière à exiger neuf mois de cours au lieu de six. Ils me répondirent, tous deux, qu'il était impossible d'obtenir cette réforme ; que la majorité du Bureau s'y opposerait. Ils avaient préjugé cette question avec une parfaite exactitude ; le vote du Bureau ne fit que sanctionner cette opinion. Aussi veuillez relire le compte-rendu de notre dernière assemblée et il vous sera facile de constater que pas un seul professeur de Laval, de Québec ou de Montréal, ne s'est opposé aux cours de six mois.”

Cette lutte contre les *amis* fut sans doute quelque chose de déchirant, une véritable scission ; qu'importe ! *ma proposition avant les amis !*

Après le vote, le grand triomphe. “ Oh ! que je suis heureux ! c'est un des plus beaux jours de ma vie ! ”

“ Je ne le donnerais pas pour dix ans de célébrité, non pas pour cent ans de gloire. Mes amis ! venez et réjouissez-vous avec moi.”

Et les amis le félicitaient chaudement de sa victoire remportée, etc., etc.

Pendant cette scène une tête pointue s'est approchée d'un des pères du projet de l'acte médical et lui dit : “ Comment se fait-il que vous : un tel, un tel, etc, professeurs de l'Université-Laval, ayez voté contre la proposition du Dr Marsil ? Expliquez-moi cela, je vous prie. ”

“ Allons, dit *le chef*, encore un qui a des écailles dans les yeux. Comprenez-vous que nous ne pouvions pas faire autrement que de voter avec nos amis les anglais ; d'ailleurs nous étions sûrs d'avance d'une majorité. Et puis, elle n'est pas maligne, cette résolution, puisque vous la trouverez en puissance, mais discrète, voilée, dans le projet d'acte médical que le collège des médecins vient d'adopter.

Voir section deuxième, article XXV : “ *L'examen pour la pratique aura lieu le 2me mardi d'avril, chaque année, JUSQU'À CE QU'IL EN AIT ÉTÉ AUTREMENT ORDONNÉ PAR LE CONSEIL.* ”

Reportez-vous au chapitre intitulé : *Qualification des aspirants*, XXIX. Durant les quatre années d'étude exigées par la présente loi, au moins quatre termes de six mois chacun par année doivent être employés, à suivre des cours dans une université, un collège ou une école de médecine, etc, *sauf au conseil de modifier ce programme de temps à autre, etc.*

—Oh là là ! Je comprends le truc et la résolution est venue comme ça, un peu par vanité et beaucoup par simple ingénuité.

—Eh oui, une de ces naïvetés qui font que vous montrez votre jeu et risquez votre partie.

—Que n'avertissiez-vous le Dr Marsil ?

—C'est été inhabile ou même nuisible, le Dr est un ami d'hier qu'il faut ménager ; nature ardente, généreuse et dévouée ; mais encore peu disciplinée, non brisée à la diplomatie. D'ailleurs, ma politique est d'aller mon chemin tout en laissant aux *amis* l'air de prendre l'initiative de tout ce qui se fait.

Donc, au lieu d'un *tour de maître*, M. le Docteur Marsil a fait *un pas de clerc* en proposant une résolution déjà approuvée par l'adoption du projet d'acte médical. En attendant qu'il apprenne à commander, il ferait acte de prudence d'entrer *en file—fall in line* — et d'obéir tranquillement suivant le conseil de Lucrèce :

Ut satius multo jam sit parere quietum,  
Quam regere imperio res velle. (V. II, 26).

Vous voyez que le masque tombe et que *seule* la naïveté reste :

Et eripitur persona, manet res !

\* \* \*

En proposant sa fameuse motion, Mr le Dr Marsil ne veut pas seulement fixer la date des examens, mais de plus et surtout faire décréter qu'à l'avenir les cours de médecine soient de neuf mois par année !!! Vous ne le croyez pas, eh bien ! relisez-la et vous *verrez* tout ce qui ne s'y trouve pas. La voici :

“ Mr le Dr Marsil propose, secondé par Mr le Dr Simard que l'examen à l'étude et à la pratique de la médecine ait lieu le premier mercredi de juillet de chaque année.” Et dites-moi si cela signifie que les facultés de médecine seront tenues de donner neuf mois de cours. Car, “ c'est là ” dit-il “ le *seul* motif qui l'a poussé à proposer que les examens fussent fixés au commencement de juillet.” Mon cher docteur, quand on a un motif aussi louable, on a tort de ne pas l'exposer ouvertement. Il y a longtemps qu'il a été dit avec à propos : “ Si ton esprit veut cacher les belles choses qu'il pense, dis-moi qui peut t'empêcher de te servir du silence.” C'est tout comme si le docteur disait j'ai faim, je veux manger, qu'on me serve de.....l'eau.

Au lieu de proposer neuf mois de cours par année, pourquoi Mr le Dr Marsil ou mieux l'acte médical n'exige-t-il pas 180 leçons d'une heure chacune pour les principales matières du cours d'études médicales, au lieu des 120 leçons prescrites par l'acte maintenant en vigueur ? Car on ne doit pas ignorer que les universités qui suivent le système de neuf mois de cours ne donnent guère plus de 120 leçons par année. Il n'y a de différence que dans le choix des heures du cours et la distribution de la matière. En attendant que cette ques-

tion soit vidée, je tiens la prétention du Dr Marsil pour un leurre et son *intention* de proposition pour une farce.

\* \* \*

Suit une charge contre l'Ecole de Médecine à laquelle, dit-il, son *patriotisme l'avait rivé*, qu'il croyait de son devoir d'encourager, d'aider à surmonter les difficultés qui assiègent ordinairement une institution naissante, à laquelle il est resté longtemps attaché de tout son *juvénile dévouement*. Mais depuis ! *quam mutatus ab illo* ! Le *riwet* de son patriotisme a cédé et le Dr Marsil croit maintenant de son devoir de décourager l'Ecole de Médecine, à laquelle il était attaché de tout son *juvénile dévouement* ; il préfère dépenser son *viril dévouement* au service d'une autre *paucore mesure* pour l'aider, l'encourager, etc., etc. Lecteurs, vous reconnaissez bien là le coup de pied dont parle La-fontaine, toute la différence est dans le fait que le lion n'est pas mourant, qu'il est plus vivant que jamais. L'Ecole a connu d'autres adversaires que vous et ne s'en est pas émue. Elle est allée son chemin, grandissant et prospérant, et magnanime à ce point, qu'elle s'amuse de vos tentatives d'égratignures. Tant que votre rôle consistera, comme par le passé, à *souffler* dans des phrases sonores comme celles qui remplissent votre correspondance, vous passerez à ses yeux pour un espiègle mais inoffensif amateur de *niches*.

\* \* \*

Je me suis moqué du mode de nomination du jury d'examen, et Mr le Dr Marsil prétend que je suis opposé à la création d'un bureau d'examineurs, c'est pour le moins cocasse de vouloir ainsi tourner le sens de ma critique. C'est la ressource ordinaire des disputeurs aux abois. Quant au mode d'examen, j'ai consulté des élèves de la faculté de médecine de Paris et tous déclarent que les examens de médecine opératoire, d'anatomie descriptive, d'anatomie pratique, etc., se font comme je l'ai indiqué dans ma chronique. Votre persiflage, Mr le Dr, est pour le moins de mauvais goût.

“ Avant donc que d'écrire apprenez à penser. ”

\* \* \*

Maintenant, Mr le Dr Marsil, revenons aux objections élevées par Mr le Dr Howard au nom des facultés protestantes de médecine et faisons, pour l'intelligence du sujet, un peu d'histoire rétrospective. A l'assemblée de mai dernier, Mr le Dr Howard offrit des objections au sujet des matières, objet de l'examen d'admission à l'étude de la médecine. Personne ne s'est levé pour y répondre, c'est à ce sujet

que j'écrivais dans la *Gazette Médicale* de juin 1887 (page 232). " Je le regrette, je suis las de voir nos *représentants* baisser pavillon devant la moindre objection à un ordre de choses qui n'est pas parfait, sans doute, mais qui est un progrès sur le passé."

C'est à la lecture de cette remarque, un peu acerbe, mais bien appropriée, que vous vous êtes *allumé* d'un beau feu d'indignation au milieu duquel vous vous êtes écrié : " Attendez la prochaine réunion du Bureau et vous vous convaincrez que nous ne sommes pas hommes à baisser pavillon, à nous agenouiller piteusement devant nos adversaires, mais que nous savons rendre justice à qui il appartient, etc., etc." Vous aviez déjà dit : " Cette promesse nous engage pour l'avenir, nous y serons fidèles." J'acceptai avec réticence cette déclaration, sachant bien qu'elle n'était qu'un bruit de gobelet et j'attendis patiemment l'assemblée du Bureau. Vous vous vantiez de porter de l'or, je savais que ce n'était que du *vent*.

L'assemblée eut lieu : les mêmes objections s'élevèrent, vous n'eûtes pas le courage d'y répondre ; donc, vous ne fîtes pas *fidèle à votre promesse*.

Donc, vous avez *oublié votre engagement*.

Donc, je dois croire que *vous êtes homme à baisser pavillon, à vous agenouiller piteusement devant vos adversaires*.

Donc, vous *n'avez pas su rendre justice à qui il appartient*.

Vous avez traité d'une manière indigne, celle du mépris, une question de la plus haute importance. Le vote, sans correctif, dont vous devez connaître la *brutalité*, a été votre unique réponse ; eh ! bien, rappelez-vous que, " à vaincre sans périls on triomphe sans gloire."

Vous avez cru que c'est une douce condition de vaincre sans combattre : cui sit *conditio dulcis sine pulvere palmæ*. (Horace, Ep. 1, 1-51.)

Vous vous êtes chargé d'un poids que vous ne pouviez porter, vous avez plié ensuite et vous vous êtes soustrait au fardeau. C'est une conduite que le poète Properce qualifie de la manière suivante :

*Turpe est, quod nequas, capiti committere pondus,  
Et pressum inflexo nox dare terga genu.*

\* \* \*

Prenez note, chers lecteurs, de la confession suivante qui se trouve au cours de la lettre de Mr le Dr Marsil et servez-vous-en à l'heure propice. " Sauvegardons, dit-il, autant que possible, les intérêts de notre corps médical par une bonne loi, *infriment meilleure* que celle qui va être soumise à la législation."

Aveu aussi sincère que naïf de l'imperfection du projet de loi qui va être soumis à la législature !

Vous qui êtes amateurs des choses grandes, nobles, parfaites, vous qui tendez si haut, comment se fait-il que vous ayez sanctionné cette œuvre inspirée par de méprisables tendances à monopoliser l'enseignement médical en cette province ? Vous qui aimiez tant la liberté, comment avez-vous pu accepter le joug de l'arbitraire et de l'absolutisme ? L'esprit de clocher a-t-il à ce point effacé vos nobles aspirations d'autrefois ?

\*  
\* \*

Lisez la critique de notre éminent confrère, Mr le Dr Palardy, et avouez franchement que le projet d'acte médical que vous avez approuvé est entaché de vices qui le rendent inacceptable, non-seulement aux médecins, mais à tout homme qui a le sens de sa liberté.

Remettez ce projet à l'étude ; consultez la profession, contrôlez ses remarques, invitez la discussion d'où jaillit la lumière. C'est là le seul moyen de doter la province d'une législation équitable, digne de l'esprit large et éclairé de notre époque. Arrière les intérêts de clocher ! à bas le monopole et l'arbitraire ! Vive la grande et noble émulation, source de progrès incessants.

LE DR NOIR.

---

#### ERRATA.

Table des matières, page VI, au lieu de Palardy Dr J. M. — Si nécessaire ? Réponse à l'Hon. Dr Paquet, sur la diphtérie. *Lisez* Palardy Dr J. M., réponse à l'hon Dr Paquet, etc.



## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

### Histologie.

- KLEIN ET VARIOT.—*Nouveaux éléments d'histologie*, avec 183 figures dans le texte, (1885) ; 1 vol. in-12, rel. toile. \$2.00
- LEE ET HENNEGUY.—*Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopiques, histologie, embryologie et géologie* (1887) ; 1 vol. grand, in-8. \$3.00

### Anatomie.

- AUFFRET C.—*Manuel de dissection des régions et des nerfs*, avec 60 figures dans le texte (1881) ; 1 vol. in-12 cart. \$1.75
- BEAUNIS ET BOUCHARD.—*Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie*. 4e édition (1885) ; 1 vol. grand in-8 cart. \$5.00
- MOREL ET DUVAL.—*Manuel de l'anatomiste, anatomie descriptive et dissection*, 1 fort vol. in-8 (1883) rel. toile. \$4.00

### Physiologie.

- BEAUNIS H.—*Nouveaux éléments de physiologie humaine, comprenant les principes de la physiologie générale*, avec 288 figures dans le texte (1881) ; 2 vol. grand in-8 rel. toile. \$6.25
- CADIAT O.—*Cours de physiologie, physiologie générale, génération, organe des sens* (1883) ; 1 vol in-4. \$2.25

### Hygiène.

- BECQUEREL A.—*Traité élémentaire d'hygiène privée et pub.* ; 1 fort v. in-12. \$2.75
- PAULIER B.—*Manuel d'hygiène publique et privée* ; 1 vol. in-12. \$2.00

### Pathologie générale.

- HALLOPEAU H.—*Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathologie et la physiologie pathologique*, avec 145 figures (1887) ; 1 vol. in-8. \$3.00
- VULPIAN A.—*Cours de pathologie expérimentale, leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses* (1882) ; 1 vol. in-8. \$3.50
- VULPIAN A.—*Maladies du système nerveux, maladies de la moëlle*; 1 vol. in-8. \$4.00

### Pathologie interne.

- BEHIER ET HARDY.—*Traité élémentaire de pathologie interne* ; 6 vol. in-8. \$10.50
- DAMASCHINO F.—*Maladies des voies digestives*, 2e tirage (1886) ; 1 vol. in-8. \$3.50
- MACLAGAN T. J.—*Le rhumatisme, sa nature et son traitement* (1883) ; 1 v. in-8. \$1.75

### Pathologie externe.

- FOLLIN ET DUPLAY.—*Traité élémentaire de pathologie externe*. L'ouvrage complet formera 7 volumes grand in-8 avec figures. En vente tome 1 à 6 avec environ 900 figures dans le texte. \$21.00
- JAMAIN ET TERRIER.—*Manuel de pathologie chirurgicale*, 3e édit.; 3 v. in-12. \$5.00
- DUJARDIN-BEAUMETZ.—*Des nouvelles médications*, 2e édit. (1886) ; 1 v. in-8. \$1.50
- HAYEM G.—*Leçons de thérapeutique. Les grandes médicat.* ; 1 v. gr. in-8 (1887). \$2.00

MM. Cadieux et Derome, Libraires à Montréal, se sont procurés tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique mensuel*.