

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — Du développement de la Profession Médicale en Canada, discours prononcé par M. Wm Osler, M. D., Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Pensylvanie.....	481
COMMUNICATIONS. — Étude sur la variole. — Moyen de préservation. — Vaccins, par M. le Dr M. L. Palardy.....	489
Diphthérie et Chlorate de potasse.....	494
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Obstruction intestinale; vomissements fécaloïdes et diarrhée; guérison par la morphine, 496. — Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale aiguë, 499. — De la luxation du rein, (rein flottant, rein mobile), 500. — L'antipyrine dans la fièvre de consommation des phthisiques, 503. — De la leucocytose et de la leucémie, — Du carbonate d'ammoniaque dans le traitement de l'hémorrhagie, de la thrombose et de l'embolie cérébrales, 504. — Traitement de la vieillesse.....	505
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Carcinome du testicule gauche; diagnostic différentiel des tumeurs du testicule gauche, 506. — Traitement des bourrelets hémorrhoidaires par les injections d'acide phénique dilué, 508. — Gangrène asymétrique des doigts, 509. — Quelques modifications nou-	
velles au pansement antiseptique. Réunion des plaies par la suture perdue. Pansements siccatifs et absorbants, 510. — Traitement de la fracture de la clavicule.....	511
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Eclampsie pendant le travail; extraction d'un enfant vivant, guérison de la mère, 512. — Vulvo vaginite. — Tampon astringent, 513. — Traitement du cancer de l'utérus, 514. — Pessaires antiseptique de Hayem. — Du meilleur traitement palliatif du prolapsus utérin et vaginal chez les vieilles femmes, 516. — Des récidives malignes des kystes de l'ovaire.....	517
DERMATOLOGIE. — Eczéma anal, 518. — Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis, 519. — Traitement des azeurs profuses et fétides des pieds par le perchlorure de fer, 521. — Traitement de l'acné hypertrophique du nez.....	522
FORMULAIRE. — Sirop de dentition. — Diarrhée chronique. — Hémorroïdes. — Métrorrhagie rebelle. — Hypersensibilité de l'urèthre. — Fièvre hectique.....	523
BULLETIN. — Traitement de la variole, 524. — Bureau national de vaccine.....	526
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	527
NOUVELLES MÉDICALES. — Nécrologie. — Le Choléra. — La Variole. — L'association médicale canadienne. — Mariage.....	528

LA PLUS HAUTE RECOMPENSE,
UNE MEDAILLE D'OR,
 A été accordée au
MELLIN'S FOOD

(ALIMENT DE MELLIN)

POUR LES ENFANTS ET LES INVALIDES,

A l'Exposition Universelle, Nouvelle - Orléans,

1885.

Dolliber, Goodale & Co.,

40, 41, 42 & 43 Central Wharf, BOSTON, MASS.

UN ECHANTILLON DE MELLIN'S FOOD, EN QUANTITE SUFFISANTE

POUR EN FAIRE L'ESSAI, SERA ENVOYÉ GRATUITEMENT

A TOUT MEDECIN QUI EN FERA LA DEMANDE.

SPECIALITES DE WYETH

PAPOMA.

Aliments Fortifiants pour la première et seconde enfance. Contient tous les éléments requis pour développer les forces. Préparé avec le blé sans rien ôter.

Le PAPOMA est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Tous les constituents du grain y sont conservés; l'amidon y est transformé en dextrine et le gluten qui est détruit dans la plupart des préparations diététiques, y subit un certain degré de cuisson qui en fait une substance prête à être digérée et assimilée par l'organisme humain.

EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidées d'appareils de fabrication à nul autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une uniformité d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament nature jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

PILULES PEPTOGENES (PEPTONIC PILLS).

*Pepsine, Pancréatine associées au Lacto-Phosphate de Chaux et à l'Acide Lactique.
(Tous droits réservés.)*

Cette pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En supplantant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qu'en feront les membres de la profession médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la Bronchite, de la Toux et des Affections Respiratoires.

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge, causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

MODE D'EMPLOI :

Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.

DAVIS & LAWRENCE CO. LIMITED

JOHN WYETH & BRO.,

PROPRIETAIRES,

PHILADELPHIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du développement de la Profession Médicale en Canada.

DISCOURS PRONONCÉ A L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

A CHATHAM, ONT., LES 2 ET 3 SEPTEMBRE 1885,

Par WM. OSLER, M. D.,

Président de l'Association, Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Philadelphie.

Messieurs,

Quand, l'année dernière, j'ai dû diriger mes pas vers une autre partie du vaste champ dans lequel nous travaillons tous pour le même but, sans distinction de race ou de patrie, il vous a plu, dans la générosité de vos cœurs, de me nommer président de cette Association. Si jamais, dans le tumulte des pensées qui se pressent dans un esprit humain, l'idée d'être l'objet d'un honneur semblable s'était déjà présentée à moi, ce n'était guère plus qu'un simple point dans l'horizon de mes aspirations d'avenir; mais il en a été décidé autrement, et comme des circonstances exceptionnelles m'ont placé dans une position également exceptionnelle, j'ai grand besoin de votre indulgence dans l'exercice d'une fonction pour laquelle, je le sais, il me manque plus d'une qualité nécessaire.

Laissez-moi d'abord exprimer le regret que l'Association n'ait pu, comme elle se l'était proposé, se réunir à Winnipeg. Mais Mars tenait la campagne, Big-Bear et Poundmaker étaient sur le sentier de la guerre, et nos frères de là bas ont cru qu'il valait mieux, voir même qu'il était plus sûr de remettre notre réunion dans le Nord-Ouest à une époque plus favorable, à une époque où la guerre au visage chagrin aurait déridé son front. Mais d'un autre côté, laissez-moi aussi exprimer la satisfaction que nous éprouvons de nous réunir ici, à Chatam, au milieu d'hommes que nous connaissons si bien et qui ont été si fidèles à l'Association, et dans une partie de cette province où la profession médicale compte tant de membres savants et distingués.

En cherchant le thème de cette adresse, j'ai compris que, si nous nous réunissions à Winnipeg, un sujet quelconque où il serait question de progrès et de développement serait bien en rapport avec les progrès remarquables que le Nord-Ouest et sa capitale ont faits dans le cours des dix dernières années. Mais quand les circonstances sont venues faire changer le lieu de notre réunion, il m'a semblé que le sujet en question devait être changé aussi; cependant, réflexion faite, j'ai compris que l'état de choses existant dans les autres provinces n'était qu'un degré plus avancé de ce qui existe dans Winnipeg et Manitoba, qu'ici comme là bas, le mot progrès doit être notre mot d'ordre, que le progrès et le déve-

loppement doivent constituer les caractères essentiels de notre vie professionnelle, enfin, que je pouvais vous entretenir de ces choses aussi bien dans Ontario qu'au Nord-Ouest.

Je veux donc vous dire, en aussi peu de mots que possible, quel chemin nous avons parcouru et quelles ont été nos moyens de développement. Dans quelques parties de la Puissance, nous pouvons étudier la Profession dans sa forme la plus simple. Dans le Territoire du Nord-Ouest, par exemple, elle n'est encore qu'à l'état de germe. Les médecins y sont comme autant d'êtres unicellulaires, comme autant de masses d'un protoplasma professionnel, non encore différenciées, sans organisation et sans activité fonctionnelle spéciales. Ils ne peuvent même pas se multiplier par le mode dit rhizopode; ils n'augmentent en nombre que par accréation. Dans les anciennes provinces, d'un autre côté, les unités professionnelles se sont, pour le bien général, combinées en une sorte de polypidom—la profession organisée—ce qui est déjà un grand progrès sur l'état amiboïde. Il y a aussi dans le corps médical certains organes de reproduction: les écoles de médecine, et des traces d'un système nerveux: les sociétés médicales. Les trois aspects sous lesquels je désire vous faire voir les progrès et le développement de la profession sont donc: 1^o la Profession organisée; 2^o l'École de Médecine; 3^o la Société Médicale.

1. La Profession organisée.— Dans une société bien agencée, tout citoyen doit sentir qu'il peut, à un moment quelconque, requérir les services d'un homme ayant reçu une bonne et solide éducation médicale et à qui il peut confier la vie de ses proches et de ceux qui lui sont chers. Il ne semble pas déraisonnable que l'État soit chargé de choisir et de diriger les sujets auxquels tout citoyen pourra ainsi s'adresser. Il y a cependant des gens qui voudraient ne voir en ces matières aucune restriction, des gens qui voudraient donner toutes les chances possibles à l'audace et à la présomption, et permettraient volontiers au premier venu, fut-il sans aucune éducation, d'exercer la médecine. Ceci ne s'est jamais vu en Canada. Les hommes qui sont venus ici dans les premiers temps pour y exercer la médecine étaient, pour la plupart, des licenciés d'Angleterre ou d'Ecosse qui ont apporté avec eux les traditions et les coutumes de la profession en Angleterre. Beaucoup d'entre eux étaient des chirurgiens militaires, brisés depuis longtemps à la discipline. En l'absence d'écoles de médecine, les jeunes aspirants à l'étude de notre art n'avaient d'autre alternative que de traverser l'océan, ou bien d'entrer comme élèves chez un praticien dont ils recevaient les leçons nécessaires. Quant aux bureaux chargés d'examiner les diplômes des sujets venant de l'étranger, et de faire subir les examens nécessaires aux jeunes gens ayant étudié sous des patrons, ils furent organisés en 1788 dans l'ancienne province de Québec et en 1815 dans le Haut-Canada, dates à jamais mémorables dans l'histoire de la profession médicale en ce pays.

Il est d'expérience générale que les hommes n'apprécient jamais les avantages et les biens qu'ils possèdent. Ceux qui sont les mieux doués sont précisément ceux que cela touche le moins. J'ai souvent fait, à part moi, une application de ce principe à la Profession de ce pays en rapport avec les Bureaux de médecine, quand j'entendais des murmures de mécontentement. Comme ces Bureaux constituent un trait spécial du système médical canadien vous me permettrez de relater un

peu longuement leur origine et leurs fonctions. D'abord, le Bureau de Médecine est simplement un bureau d'enregistrement nommé par l'Etat, tel qu'est aujourd'hui le Bureau de Médecine Britannique; mais ici, dans les commencements, avant la fondation des écoles et des universités, il était aussi chargé de faire subir des examens et d'octroyer des permis de pratiquer. Quand vinrent les universités, cette dernière partie des attributs du Bureau disparut en partie, de sorte que celui-ci n'eut d'autre chose à faire qu'à enregistrer les diplômes. Il se fit un changement très important quand les Bureaux devinrent électifs et purent dès lors représenter effectivement la profession. Dans Ontario, ceci se fit par l'acte de 1866 et dans la province de Québec par l'acte de 1847. Dans Ontario, le choix des membres du Bureau se fait suivant un mode vraiment démocratique, les médecins de chaque district électoral choisissant leur candidat respectif. Dans la province de Québec, on suit un mode plus incommode et moins populaire; chaque constituant vote non seulement pour les candidats de son propre district mais aussi pour les candidats des autres districts. Or, comme on peut aussi y voter par procuration, toute l'élection peut, à un moment donné, se trouver entre les mains d'une clique qui se serait assuré le plus grand nombre de procurations. Mais ce mode a fait son temps, et celui que j'ai mentionné plus haut pour Ontario sera bientôt introduit dans Québec.

De tout temps il y a eu conflit entre les universités et la Profession telle que représentée par les Bureaux de Médecine. Les universités ont toujours maintenu pour leurs élèves le droit d'avoir une licence sans examen ultérieur, privilège qui leur est encore accordé dans la province de Québec. Mais les universités ayant une charte royale ont fait plus encore autrefois; elles se sont opposées fortement à l'incorporation de toutes écoles de médecine indépendantes, et nous en avons eu une preuve dans le sentiment d'hostilité manifesté envers l'École de Médecine de Montréal par l'Université McGill, et envers l'École de Médecine de Toronto par l'Université de Toronto. Cette opposition était basée en grande partie sur les motifs les plus élevés. Les opposants craignaient que si de nombreuses écoles indépendantes étaient fondées, chacune ayant la faculté d'accorder une licence reconnue valable par les Bureaux provinciaux, il en résulterait un véritable commerce de diplômes, le niveau des études serait abaissé et la profession serait ruinée en tant que profession.

Tels que constitués maintenant, les Bureaux de Médecine ont, de par la loi, plein pouvoir d'adopter des réglemens concernant l'éducation médicale dans les provinces, de déterminer quelles études préliminaires seront exigées, en quoi devra consister le curriculum, et de faire tels changements qui, de temps en temps, pourraient devenir nécessaires. Si nous considérons les conditions dans lesquelles nous sommes, ces divers points sont avantageux au plus haut degré. Il y a dans la Puissance onze écoles de médecine, dont plusieurs sont des corporations qui ne sont soumises à aucun contrôle, et dont les facultés ne sauraient être responsables, n'étant sous la surveillance d'aucun administrateur ou gouverneur. Même parmi celles qui font partie des universités, il en est qui, comme facultés, sont partiellement ou entièrement indépendantes, et il y a eu des cas où, pour conserver une plus grande liberté, on a sacrifié les avantages de l'affiliation universitaire. Le résultat inévitable d'un

semblable état de choses est une concurrence très active. Les élèves sont peu nombreux, les écoles abondent; les dépenses sont lourdes tandis que la recette est légère; la nature humaine est fragile, et vous savez ce qui arrive alors. Les mesures restrictives sont mises de côté, on offre des avantages spéciaux. Peu à peu le niveau des études s'abaisse, les examens deviennent une farce, et les écoles ne sont bientôt plus que des *machines à diplômes*, dans lesquelles les plus hauts intérêts de la profession et la sécurité même du public sont sacrifiés à la cupidité des candidats. L'esprit peut à peine mesurer jusqu'à quel point peuvent s'abaisser les directeurs de certaines institutions, grâce à ce système de compétition effrénée. Ceux-ci remueront ciel et terre pour s'attirer des élèves; ils auront recours aux sollicitations et à la persuasion, à différents artifices et ruses d'une probité douteuse. Finalement les propriétaires de ces écoles sont pris d'une sorte de paralysie morale (ce que les théologiens caractérisent du nom d'endurcissement du cœur), et alors, incapables de voir et encore moins de faire ce qui est juste, ils en viennent à croire que leur système est bon, et les tentatives de réforme deviennent à peu près désespérées. Ce tableau n'est pas chargé. La libre compétition entre plusieurs écoles est synonyme de commerce libre des diplômes, et ce commerce libre est lui-même synonyme d'homicide.

Les Bureaux de médecine ont sauvé les écoles canadiennes de semblables désastres. Les collèges se sont opiniâtement opposés à l'extension des pouvoirs des Bureaux, jaloux qu'ils étaient de leurs droits et de leurs chartes; et puis, empressés à mettre des obstacles à d'utiles législations au lieu de favoriser celles-ci, ils ont trop souvent, bien qu'ils ne le sussent pas, trouvé la victoire dans la défaite. Le principe est bon et bien établi: la profession médicale d'un pays ou d'une province doit être la gardienne de son propre honneur. La profession, en effet, est plus grande que les écoles qui n'en sont que des parties. Elle doit avoir sous son contrôle tout ce qui regarde l'éducation médicale et la pratique de l'art de guérir.

Incorporé, le corps professionnel de chaque province est connu sous le nom de " Collège des Médecins et Chirurgiens ", de " Conseil Médical ", de " Bureau de Médecine ", et, comme vous le savez tous, par l'acte de la Confédération, chaque province a le droit de régir ses propres affaires en matière d'éducation. Sur ce point, les Bureaux, pour répondre à l'idéal que l'on s'en fait, doivent faire ce qui suit: 1^o Examiner les qualifications des candidats à l'étude de la médecine. 2^o Disposer le curriculum de la meilleure manière possible, pour le plus grand bien du pays et suivant les exigences de la science moderne. 3^o Contrôler d'une manière absolue les examens pour la pratique de la médecine. Je me propose de faire quelques remarques sur chacun de ces points, surtout en ce qui touche l'état de choses actuel.

1^o *Examen préliminaire.*—Dans la plupart des provinces, un système tout à fait satisfaisant est établi, et un jeune homme, avant de commencer à étudier la médecine, doit donner des preuves que son éducation générale le met en état de se livrer d'une manière intelligente à l'étude d'une profession. Si l'examen est satisfaisant, on lui permet de s'enregistrer et c'est de là que date le commencement de ses études professionnelles. Un bureau devrait pouvoir contrôler ses propres examens préliminaires et n'en pas accepter d'autres. Il est direc-

tement responsable envers la profession du fait que aucun sujet incompetent n'est admis à l'étude. Un échec est de moindre importance pour un jeune homme et est alors plus facilement supporté qu'il ne le serait à un âge plus avancé. Les examinateurs devraient être des personnes indépendantes, livrées à l'enseignement général, et il en faudrait au moins trois ou quatre. Un homme seul ne peut pas faire subir d'une manière entièrement satisfaisante un examen préliminaire. L'organisation du Bureau pour les examens préliminaires à Québec devrait servir de modèle à toutes les autres provinces. Ici dans Ontario on a certainement rétrogradé quand le Conseil Médical a confié à d'autres mains l'examen préliminaire ; en outre, l'acceptation du certificat d'un *High School* n'est pas sans désavantages. Nous avons besoin de veiller de plus en plus sur ce point, et dans l'intérêt de la haute éducation, les Bureaux devraient recevoir l'appui cordial des écoles de médecine dans les efforts qu'ils font pour mettre l'éducation à un niveau honnête et satisfaisant. Que l'on se soit relâché sur ce point dans le passé, tous ceux qui ont eu occasion de voir les questions d'examen ne le savent que trop. Par tout le Canada les sujets d'examen sont à peu près les mêmes que ceux recommandés par le conseil médical britannique et comprennent les éléments d'une bonne éducation générale ainsi qu'une connaissance suffisante du latin. A ces sujets spéciaux on a ajouté dernièrement la philosophie naturelle, la chimie et la botanique, cette dernière étant facultative.

L'étudiant a eu dans le passé à lutter contre plusieurs difficultés qui devraient disparaître. Dans quelques cas il a eu à subir deux examens, un devant le Bureau de la province et l'autre devant l'université où il désire prendre ses degrés. L'examen préliminaire des bureaux devrait être conduit de telle façon que toutes les universités pourraient l'accepter au lieu et place de la leur, et s'il était universellement reconnu par les professeurs dans les *High Schools* et par les candidats qu'il y a qu'une porte d'entrée à l'étude de la médecine, c'est-à-dire par le Bureau Médical et des examinateurs autorisés, on éviterait beaucoup de trouble et d'ennui. De plus, dans l'intérêt des étudiants, il faudrait mettre le plus grand soin dans le choix des sujets d'examen, sujets qui devraient être les mêmes que ceux enseignés dans les classes avancées de hautes écoles. On devrait, autant que possible, choisir des livres semblables à ceux en usage pour les autres examens. Un manque d'attention à ces détails apparemment insignifiants a été parfois le point de départ de beaucoup d'irritation de la part des étudiants et des professeurs.

Laissez-moi donc insister auprès de vous sur l'importance de faire tout en votre pouvoir pour placer sur une base solide l'éducation préliminaire des étudiants. La chose est entre vos mains, insistez pour avoir des bureaux compétents, indépendants et responsables auprès des représentants que vous avez choisis, et, ce qui est également important, inspirez aux étudiants et aux jeunes gens qui vous demandent conseil le besoin qu'ils ont d'une sérieuse préparation. Comme résultat de quelques années d'observation, je dirai que les médecins de notre pays en général ne sont pas tout à fait à la hauteur de leur devoir sur ce point. Trop souvent les jeunes gens se présentent aux examens sans y être suffisamment préparés et échouent par le fait même de la faiblesse de leur éducation préliminaire.

2. *Règlementation du cours d'études.*—La profession en général a, par le moyen de ses délégués, le droit incontestable de régler et d'agencer le curriculum des études que devront suivre les candidats à la pratique de notre art. Les gouvernements reconnaissent ce droit et ont donné au bureau le pouvoir d'adopter les mesures que ceux-ci croiront être nécessaires. Dans l'exercice de cette fonction, il y a eu, par le passé, quelques froissements, et dans aucun de leurs attributs les Bureaux des différentes provinces ne devront à l'avenir procéder avec plus de circonspection que dans celui-ci. Les professeurs des écoles se plaignent fréquemment qu'il y a eu beaucoup de remaniements, lesquels n'ont pas toujours été de nature satisfaisante. Quiconque a examiné la chose avec soin en viendra, je crois, à la conclusion qu'il y en a eu très peu et que les résultats en somme n'ont pas été mauvais. Le curriculum est actuellement dans une période de transition et nous devons nous attendre à voir s'opérer dans les quelques années qui vont suivre des changements très importants, changements que je ne me propose pas d'examiner en détail. Une chose est bien claire, c'est que les Bureaux et les corps enseignants doivent agir de concert, l'harmonie dans l'action étant nécessaire, tant dans l'intérêt de l'étudiant que dans celui de la profession. En ce pays, les étudiants de toutes les classes visent au degré autant qu'à la licence et ne se contentent pas de celle-ci comme le font la plupart des étudiants en Angleterre. De là le besoin impérieux qu'il y a d'une certaine uniformité dans les programmes des Bureaux et des universités. Les professeurs ne peuvent pas disposer l'instruction préliminaire d'après plusieurs plans. Le devoir du Bureau est de déterminer un curriculum au minimum auquel chaque étudiant devra se conformer et que les écoles peuvent aisément adopter. Les programmes universitaires, tout en étant aussi étendus que les autorités le désireront, devront être basés sur le même principe, de sorte que un étudiant pourrait aisément poursuivre ses études pour l'une ou pour l'autre profession sans inconvénient et les professeurs pourraient, sans s'exposer à des répétitions inutiles, préparer un sujet pour l'un ou l'autre examen.

Heureusement les universités et les corps enseignants sont bien représentés dans les Bureaux (trop bien dans d'autres, proportionnellement à l'étendue du territoire), et l'introduction et la disposition des changements nécessaires dans le curriculum échoiera surtout à leurs délégués, mais il y a beaucoup de détails qui demandent de toute une sérieuse attention. Les membres des comités d'éducation ont leur tâche toute faite pour les quelques années qui vont suivre. Parmi les questions importantes qui attendent une solution dans quelques-unes des provinces, sont la mise en vigueur stricte des quatre années d'étude et l'opportunité d'étendre la session à neuf mois, ou, ce qui revient au même, de rendre la session d'été obligatoire. Il faut aussitôt que possible faire disparaître la clause qui permet à l'étudiant de passer chez un médecin une de ses quatre années d'étude, et cela pour deux raisons. D'abord, dans la majorité des cas, cette année là n'est qu'une farce, et après information on découvre que l'étudiant a continué ses études ordinaires, allant peut-être au bureau d'un médecin dans la soirée; cela n'équivaut certainement pas à une session passée à l'école. Si l'on tolère encore cet état de choses, que ce ne soit pas la première mais bien la troisième année, comme cela se fait dans la province de Québec, car alors

l'étudiant est à même d'acquérir des connaissances vraiment utiles en médecine et en chirurgie. J'ai été surpris, il y a quelques années, en obtenant certaines statistiques du régistrateur d'un des Bureaux, de constater combien de sujets avaient suivi tout leur cours en trois ans. Sur ce point, les Bureaux ne devraient pas rester en arrière des universités les plus importantes qui, on le sait, ne regardent pas comme équivalant à une session l'année passée chez un médecin. En second lieu, le changement dont je parle devrait être fait dans l'intérêt des écoles elles-mêmes. Un cours de trois sessions ne peut être disposé d'après aucun plan convenable. Il arrive toujours de deux choses l'une, soit que l'étudiant accorde trop d'attention aux matières primaires durant les deux premières sessions et laisse de côté durant une courte session les matières finales qui sont plus importantes, soit que, durant la seconde session, il essaie de travailler à la fois aux matières primaires et finales, et n'aboutisse finalement qu'à s'empêtrer, en restant également faible sur les deux parties. L'extension des cours à neuf mois, telle qu'elle existe dans quelques-unes des écoles de la province de Québec, devra finalement être adoptée par toutes les facultés de médecines. Point n'est besoin de s'arrêter ici pour se demander comment on en est venu à la sotte habitude de donner six mois de vacance. La sottise de la chose est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la faire remarquer, et nous pouvons prédire qu'avant que dix années se soient écoulées le cours de neuf mois sera adopté partout, soit comme session continue, tel que cela se fait à l'Université Laval, soit en rendant obligatoire la session d'été qui n'est actuellement que facultative.

Contrôle du pouvoir d'accorder la licence.—Ce contrôle est l'attribut le plus important des bureaux de médecine. Agissant au nom de l'État, ceux-ci ont le droit et le devoir de voir à ce que les candidats à la licence soient tous dûment qualifiés. Ils sont la sauvegarde du public et de la profession, et dans ce cas-ci en particulier, leur responsabilité est considérable. Le grand desideratum serait qu'il n'y eût, dans chaque pays, qu'une seule porte par laquelle on put entrer dans la profession médicale et en exercer légalement les privilèges : les qualifications exigées devront être les mêmes pour tous.

Dans quelques pays c'est l'État qui intervient directement pour nommer les examinateurs, mais un système encore préférable est celui que nous avons ici et par lequel l'État confie ce devoir à la profession prise comme corps. C'est sur cette question que les guerres professionnelles les plus acharnées se sont livrées et se livrent encore aujourd'hui. Les universités et collèges ayant charte ont, pouce par pouce, contesté les droits de la profession sur ce point et la lutte n'est pas finie partout. Le fait d'avoir obtenu d'une université [de si excellente réputation qu'elle soit] un degré en médecine, ne peut pas raisonnablement impliquer le droit d'enregistrement ni celui de pratiquer. Les écoles sont des corps indépendants, en dehors [dans une grande mesure] du contrôle de l'État, et tout-à-fait en dehors du contrôle de la profession. Elles sont nombreuses, et la concurrence entre elles est forte ; en outre, les qualifications requises pour l'obtention des degrés varient avec chaque université, et les examens ne se font pas d'après un programme uniforme. Ce sont des corporations fermées au vulgaire,

et ni le public, ni la profession ne peut savoir ce qui se passe dans le conseil de ces facultés. La plupart du temps les professeurs sont aussi les examinateurs. Un tel état de choses ne peut conduire qu'au relâchement et est plein de danger pour les intérêts de tous ceux qui y sont concernés.

Un système uniforme n'a pas encore été adopté dans toutes les provinces. Dans quelques-unes, encore trop nombreuses, la possession d'un degré obtenu après un cours ordinaire d'études donne le droit d'avoir une licence, tous les autres candidats ayant à subir l'examen. Dans Ontario, on a réussi à atteindre le but désiré, et le seul moyen pour les médecins de s'y faire enrégistrer est de subir l'examen requis devant un Bureau choisi par le conseil médical. Les autres provinces devront finalement en venir là, elles aussi. C'est ce que la profession médicale, en Angleterre, cherche depuis longtemps, mais en vain, à obtenir. Dans la province de Québec, le Bureau médical accepte les degrés des universités provinciales auxquelles il envoie des assesseurs, (comme cela se fait pour le Conseil Médical en Angleterre,) qui font rapport sur la manière dont se sont faits les examens. Tous les candidats à la licence, non porteurs de diplômes des universités du pays, doivent y subir l'examen. Quoique ce mode n'ait pas donné exactement de mauvais résultats, ce n'est qu'un pis-aller, et l'on devra en venir à le remplacer par un bureau central d'examineurs qui contrôlera les qualifications de tous les candidats. Malheureusement les circonstances exigeront, dans cette province, la formation d'un double Bureau, un pour les Canadiens-Français et un pour les Canadiens-Anglais. Dans les détails d'organisation d'un Bureau central d'examens, il y a certaines difficultés inévitables qui, tout d'abord, sont une cause d'ennui et de mécontentement, mais qui, avec de la patience et du bon vouloir de part et d'autre, disparaissent graduellement. Le choix d'examineurs compétents est chose délicate et sur laquelle les médecins attachés aux écoles nous exposent ordinairement des griefs plus ou moins fondés. Ces examinateurs ne sauraient certainement être choisis au hasard parmi les membres du Bureau. Il y a quelques années, un de mes amis fut nommé examinateur sur la chimie dans le Bureau provincial de Québec ; c'était un praticien très capable, mais dont les connaissances en fait de chimie étaient plus ou moins vagues et embrouillées, et, à l'examen il était difficile de dire lequel était le plus en peine, du Dr XXX ou de l'élève.

Les professeurs des écoles et universités ont raison de se plaindre quand les Bureaux choisissent comme examinateurs sur des sujets spéciaux tels que l'anatomie, la chimie, la physiologie, la pathologie, des hommes qui ont été, pendant plusieurs années, en pratique active, qui, pendant tout ce temps, n'ont pas pu suivre tous les progrès faits dans ces matières, et qui, pour se dérouiller un peu, ont à travailler aussi arduement, peut-être, que les pauvres candidats. Ces difficultés n'existent pas pour les matières plus pratiques, et les conseils ont alors de quoi faire un choix. Là où des connaissances techniques spéciales sont requises, il serait préférable d'ignorer la loi qui ne permet pas aux Bureaux de choisir un professeur comme examinateur sur la matière qu'il enseigne. En Allemagne, pour les "*Staats Examen*," les professeurs des diverses branches sont ordinairement choisis par le gouvernement pour examiner sur les sujets qui forment la matière de leur

cours. C'est là un point auquel les Bureaux devront à l'avenir accorder toute leur attention. Il est certain qu'ils oublient le respect dû à la profession et aux étudiants en nommant comme examinateurs sur certaines matières des hommes qui n'ont pas pour cela les qualifications spéciales nécessaires.

Les examens pour la licence devraient être, à tous les points de vue, aussi pratiques que possible, mais pour ce faire, un Bureau provincial doit posséder en propre une bâtisse et les appareils nécessaires et prendre des arrangements avec un hôpital, afin d'avoir accès, au besoin, à un certain nombre de malades. Comme le travail en question se fait en premier lieu dans l'intérêt du public, il est évidemment du devoir des législateurs de venir en aide aux Bureaux, et il semble probable que la province d'Ontario qui a été la première à adopter le système du Bureau central sera aussi la première à posséder un local digne de sa profession médicale. Un tel local devrait renfermer tout ce qui est nécessaire pour les fins d'examen. La division des matières en primaires et finales, telle qu'elle existe actuellement dans la plupart de nos universités et au Conseil Médical d'Ontario semble être la meilleure. Les primaires comprennent l'anatomie, la physiologie, la chimie générale et médicale et la matière médicale; les finales comprennent les branches plus pratiques de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Quant aux détails pratiques, on pourrait suivre en beaucoup de points les *Staats Examen* d'Allemagne.

On a constaté qu'il est très difficile de conduire les examens d'une manière satisfaisante quant au temps, au lieu et à la rapidité. Ces examens devraient se faire immédiatement après les examens universitaires et non pas, comme cela se pratique aujourd'hui, immédiatement à la fin de l'année académique. On pourrait alors y consacrer plus de temps, ce qui deviendra nécessaire si l'on rend les épreuves plus pratiques. A mesure que le nombre des candidats augmente, il faut doubler le nombre des examinateurs sur chaque matière. Un endroit sera choisi dans chaque province pour les séances du Bureau, et ce sera presque toujours la principale ville.

Dorénavant il va falloir consacrer beaucoup plus de temps aux parties pratiques des matières d'examens, car c'est par là surtout que l'on peut s'assurer des aptitudes et capacités d'un candidat. Le jour des examens théoriques est passé.—*A continuer.*

Etude sur la variole.—Moyen de préservation.—Vaccine.

Messieurs les Rédacteurs,

Au printemps dernier on craignait l'arrivée du choléra dans le pays. Il a été remplacé par la guerre et la petite vérole.

La guerre est terminée, heureusement, sans conséquences trop déplorable. En sera-t-il ainsi de la petite vérole qui se répand dans la Province de Québec? Elle a fait déjà plus de victimes que la guerre, et elle ne fait que commencer.

Outre les conséquences fâcheuses, inhérentes à cette hideuse maladie, par un malentendu très regrettable, elle a été cause aussi de la guerre ou de l'émeute dans une ville importante de la province.

Ces troubles sont survenus à cause de la vaccination de la lympho animale ou humanisée que l'on a employée comme préservatif contre la variole.

La vaccination est-elle un remède ou un bien ?

MM. les Rédacteurs, avec votre permission, je veux dire un mot sur le sujet, que vous publierez sur votre journal, si vous trouvez la chose opportune.

Dans le passé, la vaccination a procuré un grand bien pour la préservation des masses contre cette terrible maladie que l'on connaît sous le nom vulgaire de *picotte*.

Jenner, médecin anglais, fit la découverte de la vaccine, en 1741. Ce nouvel agent préservait de la maladie. Le médecin fut considéré dans le temps et depuis comme bienfaiteur de l'humanité.

L'inoculation du vaccin à l'homme a été depuis cette époque regardée par la grande majorité des peuples, comme un préservatif sûr contre la variole. Il y eut dans le temps beaucoup d'opposition pour l'établir, mais l'idée a prévalu, et la pratique aujourd'hui en est universelle.

Dans notre pays, on fait de ce temps-ci de l'opposition à cette pratique. Pourquoi ?

Est-ce que le principe du célèbre savant anglais ne vaut plus rien ?

Je suis loin de le dire, car c'est encore le moyen le plus certain à opposer à cette affreuse maladie.

L'incertitude de son action aujourd'hui vient de l'altération du *virus vaccin* que nous possédons.

L'opposition que l'on fait à son application tire son origine des conséquences fâcheuses et nombreuses survenues à la suite de l'emploi de mauvais vaccin ou d'un virus affaibli.

Que faut-il donc faire pour rétablir la confiance que l'on avait autrefois dans l'action bienfaisante de la vaccination.

Sans doute la vaccination a produit des accidents dans tous les pays ; mais la grande majorité des résultats heureux obtenus, établit comme pour tout autre moyen curatif, la supériorité et la nécessité de l'emploi du système.

Met-on un bon remède de côté parce qu'il n'agit pas toujours à notre gré ? Il faudrait alors, à part quelques exceptions, s'en rapporter presque exclusivement à la force médicatrice de la nature.

Pour ma part, voilà plus de trente ans que je pratique la vaccination, et sauf quelques exceptions, je n'ai eu qu'à me louer de ses bons effets toujours constants.

Pro bono publico, veuillez, MM. les Rédacteurs, me donner la permission d'émettre une opinion sur la question de la vaccination.

Il est reconnu et admis qu'il faut avoir un bon *virus vaccin*, pour opérer avec avantage et pour obtenir un résultat satisfaisant.

Mais comment se procurer ce *genuine virus*.

Je vois que le comité provincial de salubrité en est venu à la détermination d'exiger la vaccination compulsive. La chose me paraît un peu arbitraire pour le moment, avec l'organisation actuelle, de fournir la lympho vaccinale.

La préparation et la vente de la lympho ne devraient pas être laissées à l'initiative privée.

Le contrôle devrait être, comme en Angleterre, sous le patronage du gouvernement. Il y a en Angleterre le *National Vaccine Establishment*, sous la direction immédiate du Conseil Privé.

Ce bureau surveille la préparation de la lymphe et en fait la distribution gratuitement, sous plusieurs formes, aux médecins légalement qualifiés dans toutes les possessions britanniques.

De cette manière la confiance s'introduit chez le public, parce qu'il sait qu'il ne sera pas trompé sur la qualité du vaccin employé.

Cette confiance établie et les bons résultats obtenus, résultats que tout le monde voit, font accepter avec plaisir, au moins sans défiance, la vaccination comme un préservatif certain contre la variole.

J'ai fait moi-même l'emploi de cette lymphe vaccinale venue de Londres dans les dernières années et je n'ai jamais constaté d'accidents dans son application. Le résultat de cette vaccination a toujours été d'une parfaite exactitude dans sa marche, son développement et dans ses conséquences préservatrices.

On a beaucoup écrit en Europe et dans notre pays en faveur de la vaccination et contre la vaccination avec la lymphe provenant de la vache et surtout contre la lymphe humanisée.

En consultant l'opinion exprimée, on voit que dans tous les pays les plus importants par la science, la plupart des discutants considèrent l'emploi de la lymphe vaccinale chez l'homme, comme le meilleur préservatif contre la variole.

Cette méthode n'est pas infaillible il est vrai, mais elle offre la plus forte garantie que la science et l'expérience possèdent. D'ailleurs l'insuccès peut souvent venir d'une autre cause, soit de l'idiosyncrasie ou du tempérament. Il faut savoir distinguer et ne pas mettre sur le compte de la vaccine des insuccès qui ne lui appartiennent pas.

A Montréal, dans le temps actuel où la variole sévit assez sérieusement, il est constaté que le plus grand nombre de ceux atteints par la maladie sont ceux qui n'ont pas été vaccinés.

Ainsi donc, aujourd'hui, pour éviter toute opposition, révolte ou émeute, il faut convaincre le peuple que la vaccination n'offre plus de danger, et que le vaccin fourni est d'une pureté de source parfaite.

La vaccination compulsoire pourrait avoir alors sa raison d'être, et arriver avec des chances raisonnables d'être acceptée par tout le peuple sans aucun trouble.

Tant que cette certitude ne sera pas établie, il me paraît arbitraire d'obliger les familles d'accepter ce mode de préservation qui n'en est pas un, du moment que vous constatez la non-efficacité du vaccin ou sa malignité dans un grand nombre de cas.

Car s'exposer à contracter des maladies qui sont pires que celles que l'on veut éviter, me paraît d'une logique et d'une prudence peu louables. Il est mieux de courir sa chance.

Quand à contracter une maladie, il est préférable de prendre la petite vérole que la grosse vérole, qui porte le nom de *syphilis*.

Pour la petite vérole, quand c'est fini et que l'on en revient, tout est fini; il n'en reste que quelques marques sur la peau. La constitution est libérée pour la vie, et votre progéniture n'en souffre pas.

Mais pour la syphilis, si on n'en meurt pas, on ne sait jamais quand elle a dit son dernier mot pour vous et pour ceux avec qui vous vivez et qui peuvent naître de vous.

Avec un vaccin contaminé, on est donc exposé à un danger plus grand que celui dont on veut se préserver.

Dans les villes, on ne devrait jamais inoculer le vaccin humanisé,

parce qu'il est toujours difficile de préciser l'état de santé ou le tempérament de ceux de qui vous le prenez.

De sorte que ce vaccin peut renfermer bien souvent des principes délétères, qui, plus tard, sous l'action vitale et l'action du temps, peut apporter dans les constitutions des perturbations inexplicables quelquefois, mais qui cependant, ont leur source dans l'application faite il y a des années d'un *virus* impur.

A la campagne, l'objection est moins grande, puisque les enfants ou autres sont sous des meilleures conditions sanitaires. Il est aisé presque toujours de certifier l'état parfait du tempérament sous tous les rapports.

Dans ce cas, on peut vacciner de bras à bras. Jenner aimait beaucoup cette pratique. Mais aujourd'hui, vû les accidents, avant de procéder de cette façon, il faut être sûr de son affaire. Du temps de Jenner, et après lui à venir jusqu'à quelques années, on considérait une première vaccination comme préservant pour toute la vie. L'immunité n'est pas aussi parfaite maintenant, puisque l'on est venu à la revaccination. C'est plus prudent.

En faisant cette dissertation, je n'entends pas jeter du discrédit sur la précieuse découverte de Jenner.

Je crois à ses bienfaits et je considère l'inoculation de la vaccine chez les êtres humains comme le préservatif le plus certain contre cette terrible maladie que l'on appelle petite vérole.

Toute la question aujourd'hui consiste à rétablir la confiance dans cette pratique. Mais pour cela il faut une autre organisation dans le pays pour fournir de la lymphe pure, et nous donner toutes les garanties qu'elle est parfaitement saine et *genuine*.

Le gouvernement ou les gouvernements du Canada, comme en Angleterre ou autres pays, devraient fonder une institution nationale de vaccine, et fournir gratuitement aux médecins un article garanti, et ne rien laisser à l'initiative privée dans la préparation de ce préservatif.

La vaccination gratuite dans certaines circonstances serait aussi le meilleur mode d'application, car rien ne prouverait mieux au peuple la sollicitude des autorités, et que le tout est fait dans l'intérêt général. Ce serait aussi un bon moyen de mettre cette pratique à l'abri de toute idée d'intérêt personnel ou pécuniaire, et rendrait très facile le travail du médecin vaccinateur, surtout lorsque la vaccination est compulsive.

En établissant un bureau national de vaccine, on verrait de suite la confiance renaître; on éteindrait du coup toute opposition.

De pareilles violences n'ont pas leur raison d'être, mais il ne faut pas les provoquer.

Avant de passer des règlements, on doit d'abord être convaincu de la vérité du principe sur lequel on s'appuie, quand même le principe s'appelle *virus*. Lorsque cette conviction est formée, la coercition peut arriver pour le plus grand bien de tous.

La liberté individuelle est une chose si belle et si sacrée, que l'on ne doit pas y porter atteinte sans raison majeure mais seulement pour le bien général.

On a déjà vu des enfants mourir ou subir des accidents bien graves à la suite de vaccination mal faite ou faite avec du mauvais *virus*.

Est-il raisonnable aujourd'hui, dans les circonstances, de nous obliger

à souffrir une pareille opération, quand vous savez que dans votre famille, un de vos membres a subi un désastre pour l'emploi de cet agent.

Il est alors vexatoire de l'exiger d'une autre personne de cette famille, si vous n'êtes pas capable de la rassurer sur le succès complet de votre préservatif, et ce préservatif que l'on emploie aujourd'hui dans le pays, quel est-il et d'où vient-il ? *That is the question ?*

Il faut d'abord nous convaincre et nous rassurer sur la valeur et la bonté de notre vaccin.

On nous dit bien que la lympe est pure, qu'elle vient de ci, de là.

Sur ces recommandations vous l'employez, et elle est loin de vous donner satisfaction, ou elle vous cause des accidents.

A propos de vaccination ou autre objet d'intérêt public, toute loi doit être faite en vue d'opérer le bien commun. Pour combattre la variole avec la vaccine surtout, on n'obtiendra de résultat satisfaisant, qu'en autant qu'on en viendra à une organisation indépendante de toute idée de gain ou de commerce. Pas de vaccine dans les magasins. Il y a assez des remèdes patentés qui sont vendus sans discernement et qui sont prescrits par ce qu'en dit l'avis sur la gazette. Simple affaire d'argent.

Quant à la santé, on s'en occupe peu : ces remèdes sont annoncés comme bons pour toutes les maladies, ce qui est absurde. La réclame commence à venir aussi pour la vaccine.

Tous les vendeurs de la lympe, (ils sont déjà légion), garantissent tous, leur marchandise comme très pure, et pour avoir eu trop la foi il faut quelquefois faire pénitence et avoir des regrets en voyant les désordres que l'inoculation cause chez un certain nombre de nos vaccinés. Tous les jours, (ça commence à être drôle), je reçois par la malle une annonce d'un marchand de lympe.

Je crois donc de l'intérêt public, et que l'on ferait une œuvre humanitaire si l'on fondait une institution nationale de vaccine sous le contrôle du gouvernement.

Il serait peut être mieux que le gouvernement fédéral prit l'initiative de cette institution pour toute la Puissance. Le bureau de Londres, sous la direction immédiate du Conseil Privé, opère un grand bien dans le Royaume. Si le gouvernement de notre pays prenait la chose sous son contrôle, la vente de la lympe vaccinale ne paraîtrait plus une affaire de commerce, la confiance renaîtrait, et vous rendriez facile le travail des vaccinateurs qui seraient accueillis avec bonheur parmi les populations. Et vos comités de santé, et vos pharmaciens vendeurs de la lympe, et vos médecins vaccinateurs ne seraient pas inquiétés. Il n'y aurait plus besoin de bayonnettes pour les faire respecter, car tout le monde deviendrait convaincu du bienfait apporté.

En face d'une épidémie qui sévit et qui menace de se répandre par tout le pays, il faut agir immédiatement, et on ne peut attendre la fondation d'un pareil bureau ; ce serait ouvrir la porte encore plus grande à de nouveaux désastres.

Tôt ou tard ce bureau devra être établi, il est de nécessité, car il nous donnera notre meilleure garantie pour l'avenir.

On me dira peut-être que le pays n'est pas assez riche pour fonder et entretenir une pareille institution.

Quand on envisage la perte que le commerce de Montréal va subir

cette année à cause de cette maladie, l'on se convaincra que l'intérêt des sommes perdues est plus que suffisant pour maintenir sur un haut pied un pareil bureau. Si le pays devenait tout envahi, quelles portes énormes ne ferait-il pas ?

Les résultats favorables à la fortune et à la santé publique seraient donc immenses, si la création d'une telle institution prévenait le retour de cette maladie.

Voilà mon idée sur la question si importante de la vaccination. Si mon projet est bon, il sera accepté, ou du moins discuté. Je le soumets bien humblement à la considération de mes confrères, et j'espère, que quelques-uns de nos hommes publics pourront y trouver l'occasion d'opérer par une telle fondation un grand bien pour le peuple du Canada.

Il y aurait bien encore quelque chose à dire sur les moyens hygiéniques et thérapeutiques à prendre pour se préserver de la contagion ou la diminuer quand elle existe. L'organisation locale et la propreté partout avec l'isolement des malades sont les plus certains. Les comités de salubrité dans chaque canton peuvent voir à cela.

Dans les villes le système des égouts surtout doit être parfait. La plus grande cause de l'infection peut venir de ces conduits mal entretenus ou mal faits, surtout lorsque la maladie est établie dans une ville.

Dans tous les cas, il s'agit pour le moment de prendre tous les moyens à notre disposition contre ce fléau qui nous arrive pour nous décimer, et qui a causé déjà des torts incalculables aux affaires et au bonheur de la vie. Avec le secours de Dieu et des hommes on peut y parvenir.

Veillez me croire,

MM. les Rédacteurs,

Votre tout dévoué,

DR M. L. PALARDY.

St. Hugues, 6 octobre 1885.

COMMUNICATIONS.

Diphthérie et Chlorate de potasse.

Messieurs les Rédacteurs,

Je n'ai qu'un mot à dire à M. le Dr Lippé, en réponse à sa dernière correspondance, et ce mot, je l'espère, devra clore une discussion que vos lecteurs estiment, sans doute, avoir duré trop longtemps.

M. le Dr Lippé m'accuse d'être en opposition flagrante avec les auteurs que je lui ai cités pour combattre sa manière de voir à lui. Là n'est pas la question pour le moment. Il ne s'agit pas de savoir quelles opinions je puis professer sur le sujet précité, mais bien de constater si, comme le prétendent M. Lippé et *Un abonné*, le chlorate de potasse est un agent curatif, presque spécifique, dans le traitement de la diphthérie. Ces messieurs sont-ils dans le vrai ? Suis-je dans le tort en prétendant le contraire ? Là est toute la question.

J'ai cité quelques uns des auteurs modernes les plus compétents et les plus autorisés pour démontrer que le chlorate de potasse, dans le trai-

tement de la diphthérie, n'agit pas mieux que n'importe quel autre médicament. Quelques-uns de ces auteurs vont même jusqu'à nier toute vertu thérapeutique au sel de Berthollet. Ces citations n'ont pas fait l'affaire de M. Lippé, qui ne voulant pas prêcher dans le désert, s'évertue à démontrer que moi aussi je suis de son avis puisque je n'ai pas nié absolument les bons effets du chlorate en certains cas d'angine diphthérique. Entre le fait d'admettre qu'à la rigueur le chlorate de potasse puisse rendre des services et le fait de prétendre qu'il réussit dans presque tous les cas, il y a bien loin, et si Gubler, Stillé, Jacobi, etc., ont eu raison de condamner l'emploi du médicament contre la diphthérie, je ne saurais être dans le faux, en prétendant que ce n'est pas un spécifique. En résumé M. Lippé a affirmé un fait que je me suis permis de mettre en doute ; or, pour lui prouver que mon doute était fondé, j'ai rapporté l'opinion de nos maîtres à tous qui nient absolument le fait en question. Si ces derniers ont raison de nier, je ne saurais avoir tort de douter, d'où il suit que l'affirmation de M. Lippé est erronée.

Au reste, je vois que je ne suis pas le seul à refuser au chlorate de potasse toute action spécifique. Mon excellent ami, le Dr Prévost d'Ottawa, a émis la même opinion et l'a motivée d'une manière fort pertinente, dans le No. d'Octobre de l'UNION MÉDICALE, et si toute la profession médicale montréalaise était appelée à dire son mot là-dessus, on en verrait bien d'autres.

Veuillez agréer,

Messieurs les Rédacteurs,

les meilleurs remerciements de

MÉDECINE.

De la térébenthine dans les affections de la peau, par le Dr Radcliffe CNOCKER.—A une liste des agents efficaces, qui commence par l'arsenic, le plus précieux, et comprend le soufre, l'acide phénique, etc., l'auteur ajoute la térébenthine à l'intérieur, donnée à des doses qui vont de cinq à soixante-quinze grains. Il préfère l'administrer dans une émulsion d'acacia, mais admet aussi les granules. En donnant concurremment de l'eau d'orge, l'urine qui sent la violette, du reste, diminue bien un peu, mais sans qu'il se produise de dysurie. Si on a vu l'urine devenir sanguinolente et albumineuse, c'est que des doses trop fortes étaient données d'emblée, que l'eau d'orge avait été négligée ; donnée le soir, elle fatiguerait plus que le matin, parce que, durant la nuit, l'urine térébenthinée séjourne la vessie. Elle est contre-indiquée chez l'enfant au-dessous de cinq ans et chez les gens dont les reins sont suspects ; son mode d'action est une excitation vaso-motrice qui agit sur les capillaires dilatés des taches dermatosiques, plutôt qu'une action spécifique sur la cause de la maladie. Dans le psoriasis invétéré, après une période passagère d'excitation accusée par la démangeaison, les squames se détachent de la surface du derme dont la rougeur s'amende. C'est dans ces psoriasis invétérés (la dermatose de Sante-Ilia) que l'auteur se loue de l'usage de la térébenthine, qui lui a rendu aussi des services dans l'eczéma chronique et qui serait en Angleterre regardée comme très utile dans le purpura. *The Practitioner*.—Lyon médical.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Obstruction intestinale ; vomissements fécaloïdes et diarrhée ; guérison par la morphine.—Clinique de M. le professeur Germain SÉE, à l'Hôtel-Dieu.—L'observation qui va suivre nous paraît digne d'être publiée. Dans certains côtés, elle est réellement exceptionnelle. Cependant ce n'est pas sa rareté même qui mérite considération, mais l'enseignement qu'elle comporte. Lorsqu'on se trouve en présence de malades qui présentent des phénomènes d'obstruction intestinale, la nécessité d'un diagnostic précis s'impose d'autant plus que l'intervention thérapeutique est dans ces derniers temps devenue de plus en plus active. L'électrisation de l'intestin a donné d'excellents résultats. La laparotomie compte des succès et, grâce aux moyens antiseptiques, le danger de la péritonite étant de plus en plus restreint, il devient nécessaire de déterminer de la façon la plus précise, les indications positives de l'intervention chirurgicale.

A ces divers points de vue, le fait que nous allons rapporter mérite considération. Ce n'est pas tout. Les vomissements fécaloïdes, considérés autrefois comme un signe presque absolu d'occlusion, ont un peu perdu de leur grave signification pronostique. Il peut donc être utile de signaler tous les cas dans lesquels ils se produisent sans que la mort vienne justifier les appréhensions qu'ils provoquent.

La nommée J. E..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 24 décembre 1884, dans le service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 5.

Jamais de maladie antérieure.—Elle a été réglée à partir de 12½ ans. La menstruation était irrégulière. Les règles revenaient seulement tous les 4 ou 5 mois. Elles étaient abondantes et duraient une huitaine de jours. Elles ne s'accompagnaient pas de douleurs dans le ventre ou dans les lombes.—Jamais d'attaques de nerfs. Toutefois la malade est impressionnable, et aux époques menstruelles, elle éprouvait assez souvent la sensation d'une boule remontant le long de l'œsophage. Elle ne présente pas d'anesthésie. Dix jours avant son entrée, elle éprouve du malaise général, une sensation de courbature. Elle est *constipée* : Au bout de six jours, les règles surviennent. Elle ressent alors des coliques, des borborygmes, son ventre se gonfle légèrement. Il survient quelques vomissements alimentaires. Jusque-là elle avait continué son travail habituel.—Les jours suivants, les vomissements persistent ainsi que la constipation et le ballonnement du ventre. Le 24, à son entrée dans la salle, le facies est légèrement grippé ; les extrémités et le nez sont froids. Pas de fièvre ; le pouls est rapide, un peu faible, régulier.—L'abdomen est tympanisé. Il paraît à peu près également distendu dans toute son étendue. A la partie moyenne du ventre, on constate la sonorité propre à l'intestin grêle : sur tout le pourtour, la sonorité du côlon.

Cette sonorité est en particulier très nettement appréciable au niveau du *cæcum*. Dans la fosse iliaque gauche, au niveau de l'S iliaque, la sono-

rité est moins marquée; il y a presque de la submatité. Nulle part on ne trouve de tumeur abdominale, de tuméfaction, de rénitence, d'empatement ou de crépitation amidonnée.—Il n'y a pas de *douleur localisée*; rien qu'une sensation de tension pénible.—Par le toucher vaginal, l'utérus est abaissé, mobile. Les culs-de-sacs péri-utérins sont libres. A travers la paroi recto-vaginale, on constate des scybales arrêtées dans le rectum, en petit nombre et espacées.—Le toucher rectal ne fournit pas de renseignements particuliers. Les régions inguinales et crurales, l'ombilic, le triangle de J. L. Petit sont explorés sans qu'on y trouve trace de hernie.

Comme traitement, on ordonne un lavement au sulfate de soude et au séné, et de plus on fait prendre deux verres d'eau de sedlitz. Il ne tarde pas, sous cette influence, à se faire une débâcle abondante. Au début ce sont des matières dures et arrondies qui sont expulsées, plus tard les selles sont liquides.

Le 24.—Etat général meilleur; tympanisme moins prononcé. Les vomissements ne se sont pas reproduits depuis la veille au soir. Les vomissements se montrent de nouveau vers 5 ou 6 heures du soir. Ils sont, comme au début, verdâtres, porracés.

26.—Le tympanisme abdominal est aussi prononcé qu'au moment de l'entrée. Le facies est grippé; les extrémités refroidies.—Crampes dans les jambes—Pouls petit, de 112 à 113.—Les matières vomies sont jaunâtres, d'odeur à la fois acide et fade. Elles sont constituées par un liquide séreux dans lequel nagent des grumaux jaunâtres d'aspect absolument fécaloïdes. Ces grumaux sont du reste de même couleur et de même aspect que les matières fécales rendues par la malade.—En effet, il y eut pendant la nuit deux selles liquides jaunâtres, peu abondantes. Les vomissements persistent pendant la journée, mais moins abondants. Le soir, de nouveau une selle jaunâtre semblable aux matières vomies. Traitement: injection hypodermique de deux centigr. de chlorhydr. de morphine.

27.—Amélioration très grande.—Pas de vomissements. La malade a dormi. Il survient quelques régurgitations fécaloïdes dans le courant de la journée. Comme la malade n'a pas eu de selle depuis la veille au soir, on lui donne un lavement de glycérine, en même temps qu'on lui fait une nouvelle injection de morphine.

28.—Pas de nouveaux vomissements: une selle diarrhéique jaunâtre: quelques crampes dans les jambes.—Gargouillements abdominaux.—Le ventre est moins tympanisé. P. 120.

29.—Pas de vomissements.—Diarrhée abondante. La malade dit avoir eu 20 ou 25 selles. Les extrémités sont refroidies.—Le tympanisme a diminué.—On continue à faire des piqûres de morphine matin et soir. A partir de ce moment, l'amélioration s'accroît de plus en plus. Les vomissements ne reparaissent pas, la diarrhée disparaît. Le tympanisme abdominal est de moins en moins marqué. La malade mange avec appétit. Elle sort le 6 janvier, se considérant comme complètement guérie. Le ventre encore légèrement tympanisé n'est pas douloureux. Les fonctions intestinales sont régulières. Nulle part dans l'abdomen on ne constate d'empatement ni de tumeur.

Réflexions.—Ainsi donc, en résumé, une jeune femme de 23 ans, qui ne présente rien de bien particulier dans ses antécédents, est prise de vomissements au bout de cinq ou six jours de constipation absolue,

sans *émission de gaz* par l'anus. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent verdâtres, porracés. Des purgatifs administrés par en haut et par en bas provoquent une abondante débâcle par laquelle sont expulsées des scybales qui, sans doute, avaient été l'obstacle premier et l'occasion, sinon la cause première, des accidents d'obstruction. L'absence de fièvre, l'absence de douleur abdominale, permet d'éliminer la péritonite aiguë ou chronique. On ne trouve pas trace de tumeur abdominale, et du reste l'expulsion des matières fécales indurées accumulées dans le rectum et l'S iliaque est significative; il s'agissait d'une obstruction intestinale.

Tout d'abord, la débâcle intestinale est suivie d'une amélioration marquée. L'état général est meilleur, le ballonnement de l'abdomen diminue. Mais ce répit est de courte durée, et de nouveaux vomissements ne tardent pas à se montrer, qui présentent à peu près tous les caractères des vomissements fécaloïdes. Leur odeur aigrelette n'est pas, il est vrai, d'une origine incontestable, mais leur couleur est absolument la même que celle des matières diarrhéiques. Chose remarquable, il y a, en effet, *en même temps*, de la diarrhée et des vomissements fécaloïdes.

Les selles liquides, répétées, ne permettaient pas de penser à l'existence d'un obstacle complet au cours des matières et, d'autre part, la persistance des vomissements fécaloïdes paraissait en contradiction complète avec la disparition de la constipation. A ce moment, on a l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées de morphine, et l'amélioration est immédiate. La guérison a lieu en deux ou trois jours. Le succès de cette médication, peu propre d'habitude à combattre les accidents d'obstruction intestinale, nous paraît donner une véritable sanction à l'idée théorique qui avait amené à penser à l'emploi de la morphine.

Dans une thèse qui date de 1881, M. Leduc a signalé la possibilité des vomissements fécaloïdes dans le cours de la péritonite. C'est chose fort intéressante et d'une haute portée au point de vue du diagnostic. D'autre part, on sait que, chez les femmes surtout, le péritonisme peut simuler la péritonite: tympanisme, vomissements, constipation, rien n'y manque que la fièvre. Habituellement, le péritonisme se montre à la suite d'une lésion restreinte localisée du péritoine; la réaction des plexus abdominaux est hors de proportion avec l'irritation première.

Ne peut-il donc en être de même quand il s'agit de l'intestin; lorsque l'irritation première, au lieu de siéger à la face externe dans le péritoine, se trouve dans sa cavité, au contact de la muqueuse? On pourrait ainsi expliquer, par une sorte de *péristaltisme exagéré* de l'intestin, la coïncidence des vomissements fécaloïdes et de la diarrhée.

Les vomissements fécaloïdes ont été observés dans l'obstruction intestinale simple, par contraction spasmodique de l'intestin (voir thèse de Thibierge, 1884). Le professeur Jaccoud les a signalés chez une hystérique. Le plus souvent dans l'obstruction simple, exempte de lésions de la paroi intestinale, d'étranglement intra ou extra abdominal, il existe de la constipation. Les matières indurées font obstacle au cheminement du contenu de l'intestin: cela s'observe surtout dans l'obstruction du cœcum et de l'S iliaque. Une fois l'obstacle levé, les matières reprennent leur cours normal. Parfois, cependant, les vomissements persistent. Il semble qu'il existe alors une paralysie ou un

spasme qui immobilise l'intestin et qui fait que la désobstruction reste partielle. L'observation que nous avons donnée plus haut nous paraît démontrer qu'il peut y avoir une contraction de l'intestin si énergique, si désordonnée à la suite d'une obstruction de ce genre, que les matières sont chassées par les deux bouts de l'intestin et qu'elles apparaissent au dehors à la fois sous forme de vomissements fécaloïdes et de diarrhée. L'indication est alors non pas d'exciter l'intestin, mais de le calmer; non pas de l'amener à se contracter, mais au contraire de l'immobiliser. C'est ainsi que nous expliquons le succès que nous ont donné les injections de morphine.

Nous nous réjouissons d'autant plus de ce succès que nous avons employé la morphine, non pas au hasard et en désespoir de cause, mais après mûre réflexion d'après une indication précise, impérieuse.—
Progrès médical.

Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale aigue.—On a récemment recommandé et pratiqué avec succès un nouveau moyen d'apporter un soulagement rapide aux angoisses et aux déplorables symptômes liés à l'occlusion intestinale aiguë. Ce moyen peut être assez communément mis en pratique sans grandes conséquences ultérieures pour les opérations plus graves auxquelles peuvent donner lieu l'occlusion, l'obstruction, l'invagination ou l'étranglement intestinal. Ce moyen, qui a pour parallèles les grands lavements, a été pour la première fois suggéré par Kussmaul. Celui-ci, *a priori*, admit que des lavages abondants et répétés de l'estomac pourraient se montrer efficaces ou utiles, et déjà quelques cas ont été publiés dans lesquels des succès marqués est résulté de la mise en pratique de ce moyen simple.

Dans un cas, après huit jours d'obstruction complète, et dans un second cas après neuf jours pendant lesquels les vomissements fécaloïdes s'étaient répétés à différentes reprises, les lavages abondants de l'estomac et l'évacuation par conséquent de quantités notables de matières liquides fécaloïdes venues de l'estomac et du bout de l'intestin grêle amenèrent un soulagement complet de tous ces symptômes, et la guérison. Bien que Cahn (*Berl. Klin. Wochens.*, 1884, n° 42) compare la manière d'agir du lavage à celle de la laparotomie pratiquée au-dessus du point obstrué, il nous semble que le parallèle est plus exact avec l'action des grands lavements. En tous cas il est certain que l'évacuation de l'anse intestinale distendue favorise ou fait naître les conditions requises pour la réduction spontanée de l'anse intestinale herniée ou tordue. Quoi qu'il en soit, le premier avantage de cette manière d'agir résulte du soulagement qu'on apporte au malade en diminuant le tympanisme, et de la facilité que cette diminution procure au médecin pour l'établissement du diagnostic.

Ce moyen du reste ne s'applique pas à tous les cas d'obstruction ou d'étranglement. C'est une pratique de la première heure, comme les lavements, l'électricité, le massage, les purgatifs doux, les manœuvres de la position, etc. Le médecin aura toujours pour chaque malade à juger de son opportunité en se fondant sur les considérations les plus variées dont l'étude sagace est le propre de l'intervention médicale intelligente, mais la simplicité de la mise en pratique, la certitude d'apporter au malade un soulagement presque immédiat, quoique temporaire, et dans quelques cas la possibilité d'en obtenir la guérison radicale,

plaident en faveur de l'adoption de ce moyen avant de procéder à des mesures plus sérieuses.—*Lancet*.

De la luxation du rein, (rein flottant, rein mobile).—“ Cherchez et vous trouverez”, devrait être la devise du clinicien ; car, en clinique, on ne trouve guère que ce qu'on sait chercher. Ce qui ne veut pas dire qu'on doive trouver toujours ce qu'on cherche. Cette réflexion m'est suggérée par le désaccord entre les médecins qui considèrent le rein flottant comme une rareté anatomique et clinique, et ceux qui, toute proportion gardée, ne le croient pas si exceptionnel.

Depuis que Rayer a attiré l'attention sur la mobilité anormale du rein échappé, par suite d'une sorte de luxation, hors de sa gaine cellulo-adipeuse, on a souvent étudié à l'autopsie, et du vivant des malades, l'ectopie de cet organe. Or, tandis que Ebstein l'a rencontrée une fois sur 1,732 sujets, Oppolzer l'a trouvée une fois sur 250.

Si le désaccord est manifeste en ce qui concerne la fréquence du rein mobile, il n'est pas moindre touchant ses conséquences et ses causes. Les uns, en effet, ont considéré la mobilité du rein comme une anomalie sans importance, incapable de causer à elle seule le moindre trouble de la santé ; d'autres se sont étendus complaisamment sur les désordres variés qui en peuvent résulter.

Peut-être la vérité en ce sujet, comme en tant d'autres, est-elle entre les deux extrêmes. Pour ce qui est de moi, je n'ai pas la pensée de traiter à fond la question, et je me contenterai de quelques réflexions qui m'ont été inspirées par l'observation clinique de plusieurs cas de rein flottant, et par la lecture de certains travaux récents parus en France et à l'étranger.

I.—Pour reconnaître l'existence d'un rein mobile, il faut songer, disais-je tout à l'heure, à le rechercher ; il faut aussi *savoir* faire cette recherche. Si, en effet, on n'enregistrait que les cas où la mobilité du rein s'impose à l'attention du médecin, c'est-à-dire ceux où les malades signalent spontanément l'existence d'une grosseur qu'ils sentent se déplacer dans leur ventre, on en méconnaîtrait beaucoup qui ne se révèlent que par divers troubles, notamment par certaines douleurs qu'on est plutôt disposé à attribuer à des lésions d'autres organes.

Pour chercher l'existence d'un rein mobile, le malade étant dans le décubitus dorsal et sa paroi abdominale dans le relâchement, les cuisses fléchies, on se livrera à une palpation méthodique de l'abdomen, écartant d'abord autant que possible les circonvolutions intestinales, avec les deux mains disposées à plat, et se renvoyant en quelque sorte les autres viscères qu'elles circonscrivent. C'est naturellement dans l'hypochondre droit que l'on commencera cette recherche, en descendant progressivement vers la crête iliaque du même côté puisqu'on sait que la luxation affecte dans la grande majorité des cas, au moins 4 fois sur 5, le rein droit, et cela pour des raisons qui ont paru longtemps obscures et sur lesquelles la lumière semble faite, comme je le montrerai tout à l'heure.

La palpation, pratiquée de la manière que j'ai dite, fera reconnaître une tumeur lisse, semblant d'ordinaire à peu près arrondie, quelquefois assez fixe, mais plus souvent fuyant sous la pression et devenant insaisissable pendant quelque temps, pour réapparaître peu après. Quelquefois cette tumeur est si superficielle qu'on peut la contourner en partie

et reconnaître sa forme de gros haricot ; mais le plus souvent il ne faut pas s'attendre à percevoir une sensation à beaucoup près aussi nette.

La percussion pratiquée sur la région abdominale antérieure, au niveau de la tumeur suspecte, sera d'un faible secours ; car les anses intestinales viennent à chaque instant interposer leur son tympanique entre les doigts qui percutent et la matité que devrait donner le rein déplacé.

Mais on a pour le diagnostic une importante ressource dans l'examen de la région lombaire du malade placé debout ou dans la position dite genu-pectorale. Quand le rein a quitté sa loge, il est ordinaire de constater à la simple inspection un affaissement, une dépression de la région lombaire correspondante, rendus plus manifestes par la comparaison avec la région homologue. La palpation, en exagérant cette dépression, et la percussion, en révélant une sonorité relative dans cette zone qui donne normalement une matité absolue, permettront d'affirmer que le rein a quitté sa loge.

Un dernier mode d'exploration consiste à placer une main sur la région lombaire, l'autre sur l'abdomen dans la région où on a soupçonné la présence du rein luxé : une pression exercée de bas en haut et en arrière par la main placée sur la paroi abdominale antérieure, pourra, dans quelques cas, obliger le rein à réintégrer passagèrement sa loge, et l'autre main percevra cette réintégration. D'ailleurs le déplacement ne tardera guère à se reproduire.

II.—Si, dans certains cas, le rein peut être luxé sans qu'il en résulte de souffrances spéciales pour les personnes qui présentent cette anomalie, il en est d'autres où des douleurs spontanées paraissent à l'occasion de la marche, du saut ou de tout autre mouvement brusque.

Ce sont parfois des douleurs ayant le caractère de coliques, provoquant la nausée et même le vomissement. Ce peuvent être encore des sensations singulières de corps étranger qui se déplace ou d'organes "qui se décrochent", comme disent les malades. Il en peut résulter chez les hypochondriaques des conceptions psychiques erronées qui leur font croire à la présence de quelque hôte vivant dans leur ventre. C'est, par-dessus tout, chez les sujets très nerveux, un agacement, une irritabilité périodiquement ramenés par les sensations pénibles, inattendues et inexplicables qu'ils éprouvent. Il est juste de dire que, le rein mobile étant particulièrement l'apanage des femmes et de quelques dyspeptiques, les troubles nerveux qui l'accompagnent peuvent n'être pas sous sa dépendance directe.

Un fait qui a été signalé pour la première fois par Becquet, est l'influence des congestions cataméniales sur le déplacement du rein. Chez beaucoup de femmes dont le rein est luxé, cet organe devient, à chaque époque menstruelle, le siège de vives douleurs. Becquet a pensé que les reins, s'associant à la congestion ovarienne, deviennent alors plus lourds et plus volumineux ; ils se trouvent ainsi chassés de leur loge cellulo-adipeuse et descendent peu à peu pour occuper une position de plus en plus déclive. Que cette explication soit ou non la bonne, le fait clinique est indiscutable. Les douleurs sont alors plus vives au point de simuler la péritonite.

D'ailleurs, il peut même arriver que quelque poussée péritonitique réelle éclate à ce moment, car beaucoup de femmes atteintes de rein

flottant ont aussi de l'ovarite. Le rein mobile peut se trouver englobé et fixé dans sa position la plus déclive par les exsudats inflammatoires de la péritonite périovarienne. J'ai vu un beau cas de ce genre dans lequel le rein ne retrouva sa mobilité qu'après trois mois de cet emprisonnement, comparable à celui d'un navire arrêté dans les banquises du pôle.

Parmi les conséquences exceptionnelles de la luxation du rein, on a signalé un cas d'ictère par compression du canal cholédoque [Brochin], l'anurie par compression des uretères [Béhier, Labadie-Lagrave], et l'œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave inférieure [Girard].

III—L'étiologie du rein flottant a été longtemps vague et banale. Outre la prédisposition causée par une laxité spéciale de l'atmosphère celluloadipeuse péri-rénale chez certains sujets, on invoquait, je l'ai dit, l'influence des congestions cataméniales, puis la distension de l'abdomen par des grossesses répétées, l'abus du corset, l'existence de chocs traumatiques sur la région lombaire. Mais que d'objections à faire à ces diverses causes ! Combien de femmes ont de violentes congestions ovariennes qui n'ont pas de rein flottant ! Celui-ci a été vu chez des femmes qui n'ont pas eu de grossesse, chez des paysannes qui n'avaient jamais porté de corset, chez d'autres qui n'avaient jamais subi le moindre traumatisme.

L'histoire du rein flottant est entrée dans une nouvelle phase avec les observations de Bartels [de Kiel] et de M. le professeur Bouchard. Tous deux ont été frappés des particularités suivantes : le rein mobile siège presque toujours à droite, il existe presque constamment chez des femmes ou chez des militaires, c'est-à-dire chez des personnes dont le thorax subit à la base une constriction habituelle. Ce n'est pas toujours le corset pour la femme ; Bartels a surtout rencontré le rein flottant chez des femmes de la campagne, qui ignoraient l'usage du corset, mais qui retenaient leurs jupes au moyen de liens si serrés, qu'à l'autopsie de plusieurs, le médecin de Kiel trouva à la surface des organes intra-abdominaux un sillon imprimé par le lien constricteur.

Cette constriction s'exerce en arrière entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale, c'est-à-dire sur la partie moyenne du rein droit ; elle n'atteint pas le rein gauche, situé à un niveau plus élevé. Le rein droit refoulé ne peut s'échapper qu'en bas, en avant et en dedans. Bartels est même disposé à innocenter, dans une certaine mesure, le corset, ou du moins à le regarder comme moins nuisible que les liens étroits, parce qu'il comprime uniformément une surface étendue.

Quant aux militaires, surtout à ceux qui sont gradés et font, comme on dit, fine taille, chez eux, le ceinturon réalise pleinement la constriction la plus nuisible. Aux militaires, il convient de joindre les hommes qui, pour maintenir leur pantalon, remplacent les bretelles par une ceinture étroite et très serrée, habitude malheureusement chère à beaucoup de lycéens.

Bartels et M. Bouchard sont d'accord sur la réalité de ces faits ; ils ont reconnu aussi ce fait nouveau, confirmé aussi par Hiller, que le rein flottant est très fréquemment associé à une dilatation de l'estomac. Mais ces observateurs diffèrent d'opinion au sujet des rapports de causalité qu'il convient d'admettre entre la luxation du rein et la dilatation de l'estomac. Lequel de ces deux faits tient l'autre sous sa dépendance.

Le déplacement du rein, dit Bartels, est primitif. Le rein luxé vient peser sur la première portion du duodénum, empêche, par conséquent, les aliments de franchir facilement le pylore, les oblige à stagner dans l'estomac qui se dilate progressivement. Cette opinion n'explique guère pourquoi c'est plutôt le rein droit que le rein gauche qui se trouve habituellement luxé.

Au contraire, l'explication proposée par M. Bouchard semble donner de cette particularité une raison plausible. D'après M. Bouchard, la dilatation de l'estomac est primitive. Or, il est dans la nature de cette affection, pour des causes qu'il serait trop long d'énumérer ici, de déterminer fréquemment la congestion du foie. Cet organe, augmenté de volume, vient presser sur le rein, surtout lorsque la présence du corset, du ceinturon ou de tout autre lien constricteur de la base du thorax, l'empêche de se développer en avant et en bas. Pour peu que cette congestion du foie se reproduise 15 ou 20 fois par an, il est facile de comprendre que le r in sera bientôt chassé de sa loge.

IV.—Que faire pour combattre les inconvénients du rein mobile?—En premier lieu, il faut proscrire autant que possible les liens constricteurs permanents et étroits à la base du thorax.

Si on admet l'étiologie proposée par M. Bouchard, on préviendrait la luxation du rein en prévenant la dilatation de l'estomac par une hygiène alimentaire convenable. Si la dilatation de l'estomac est déjà réalisée, on s'efforcera de l'amoinrir par l'établissement d'un régime diététique convenable; on combattra les congestions du foie par l'emploi des purgatifs, des cholagogues et des révulsifs.

Enfin, quand la mobilité est complète, on pourra réussir à atténuer dans une certaine mesure les sensations douloureuses et les phénomènes de compression accidentelle, en faisant porter une ceinture abdominale en tissu élastique, munie ou non d'une pelote concave en forme de croissant, qui s'adapte autant que possible à l'organe déplacé et le refoule de bas en haut vers sa situation primitive.

Il sera, d'ailleurs, prudent de conseiller aux femmes atteintes de rein flottant de redoubler de précautions au moment de leurs règles, en s'abstenant absolument de corset à cette époque, ainsi que de tout mouvement violent qui accroîtrait en même temps la congestion et la douleur.

Je ne signalerai que pour mémoire, comme suprême ressource en cas d'accidents rebelles empoisonnant l'existence des malades, la néphrectomie, qui a été pratiquée en Allemagne plusieurs fois par Martin (de Hambourg) et Langenbuch, et une fois en France, je crois, par M. Tessier. Encore s'expose-t-on à tomber sur un individu n'ayant qu'un seul rein, ou dont l'autre serait malade, l'insuffisance rénale alors mettrait en trois ou quatre jours le patient à l'abri des misères de ce monde.—PAUL GERNE, in *Concours médical*.

L'antipyrine dans la fièvre de consommation des phthisiques, par J. HOLLAND.—Cette étude est faite à la station de Saint-Moritz sur les tabescents venus de diverses nations se livrer à l'action du climat alpestre. Ce climat ne fait pas cesser la fièvre, puisque le docteur Holland le combat très énergiquement. La quinine, divers produits sali-

cylés, la digitale, l'aconit, la karine, la teinture de Narbourg sont administrés, et même sous la forme effervescente de la pharmacopée anglaise ne donnent que peu d'espoir. C'est alors qu'on eut recours à l'antipyrine de 15 à 20 grains dans une dose qui est répétée après trois heures, plusieurs fois dans le jour, et cette substance, qui abaisse toujours la température, donne de très beaux résultats au Dr. Holland.—*Practitioner*.

De la leucocytose et de la leucémie.—Le docteur Lowit a fait, dans la séance du 17 avril à la Société de médecine de Prague, une intéressante communication sur ce sujet. L'auteur pose d'abord cette question : De quelle manière se multiplient les globules blancs du sang dans les circonstances ordinaires ? Peut-on expliquer la leucémie et la leucocytose par une exagération de cette multiplication ? L'auteur a fait une série de recherches sur la formation et la multiplication des leucocytes. Il est arrivé à cette conclusion que ni eux, ni leurs éléments constitutifs ne se reproduisent par kargomitose, comme le veut Fleming, ou par division directe ; il lui paraît, au contraire, que la multiplication a lieu par granulation ou bourgeonnement. Dès 1879, cette opinion avait été émise par Flemming, qui avait fait voir que les mouvements des rhizopodes et des autres protozoaires en voie de division ressemblent beaucoup à ceux des leucoplastes des animaux organisés dans les mêmes conditions.

Outre ces cellules, on trouve, dans les organes qui les précèdent, une autre variété qui en diffère par un noyau de structure différente, un contenu protoplasme différent et un autre mode de division. L'auteur les appelle érythroplastés, parce qu'elles servent, selon lui, à la formation des globules rouges.

L'auteur a étudié également les formes de globules blancs que l'on trouve dans le sang circulant et il les divise en muliaires absolument analogues aux leucoplastes des auteurs, et en multimuliaires. Ces derniers lui paraissent représenter une forme dégénérée, parce qu'ils ne sont nullement destinés à produire un nouveau noyau ou une nouvelle cellule. Ces leucocytes à noyaux multiples sont de beaucoup les plus nombreux dans le sang ; sous ce rapport, l'auteur est disposé à se rallier à l'opinion de Schmidt, d'après laquelle les globules blancs seraient détruits par suite de l'influence dissolvante du plasma sanguin et remplacés par des nouveaux produits par leurs organes générateurs. Il y aurait dans la leucocytose une augmentation primitive de ces organes. La proportion de ces globules blancs à un et à plusieurs noyaux ne subit aucune altération essentielle. Dans quatre cas de leucémie, il vit des choses toutes différentes : le sang ne renfermait presque pas de globules blancs en voie de bourgeonnement ou de division. Au contraire, les organes générateurs des leucocytes semblaient de beaucoup plus nombreux que dans les circonstances ordinaires.—*Wiener med. Woch.*—*Abeille médicale*.

Du carbonate d'ammoniaque dans le traitement de l'hémorrhagie, de la thrombose et de l'embolie cérébrales.—Dans une communication faite sur ce sujet, à l'Association médicale de l'Etat de New-York, le Dr R. C. VAN WYCK, pose les conclusions suivantes :

1o. Le carbonate d'ammoniaque est un stimulant diffusible de la circulation générale ; il combat l'anémie cérébrale, active la circula-

tion cutanée et provoque la diaphorèse ; c'est ainsi qu'il diminue la pression intra-cranienne.

20. Il agit directement en favorisant la dissolution des caillots. Les seuls agents qui soient doués de cette propriété sont les alcalis, et le plus efficace d'eux tous est l'ammoniaque.

30. Dans l'œdème et la congestion pulmonaires, si fréquents dans les cas d'apoplexie, l'emploi de ce sel produit souvent de bons effets, tant par son action stimulante sur les dernières ramifications des capillaires que par son action expectorante sur la muqueuse bronchique.

40. Ce sel entretient l'alcalinité du sang et prévient la thrombose ultérieure.

L'auteur ne vante pas le carbonate à l'égal d'un spécifique, mais seulement comme un adjuvant des autres médicaments employés dans ces cas. Etant donné un cas d'hémorrhagie cérébrale, voici, suivant le Dr Van Wyck, quelle serait la marche à suivre :

10. Avoir promptement recours à la vénéssection et aux cathartiques aussitôt que se montrent les symptômes prodromiques d'une attaque d'apoplexie.

20. Après que la paralysie est établie, combattre la réaction consécutive au moyen des sédatifs artériels et surtout par l'aconit.

3. Usage libéral du carbonate d'ammoniaque pour faire disparaître les produits épanchés et les débris du caillot, qui ont subi la dégénérescence rétrograde, ainsi que pour combattre l'anémie cérébrale et la congestion pulmonaire et prévenir la thrombose.

4. Supporter le système en général au moyen d'une diète nutritive mais non stimulante, et par l'emploi de médicaments agissant comme toniques reconstituants sur le tissu cérébral : le sirop de lactophosphate de chaux, l'huile de foie de morue, et le phosphure de zinc.

5. Augmenter le développement des muscles au moyen du massage, des frictions, de l'électricité et de la strychnine.

Le carbonate d'ammoniaque ne doit jamais, dans l'hémorrhagie cérébrale, être administré avant que la période de réaction se soit franchement établie, c'est-à-dire, pas avant dix ou quinze jours. On doit alors le donner d'une façon continue pendant au moins un mois ou même davantage, c'est-à-dire tant que se font les dégénérescences rétrogrades du caillot.

Si, dans la thrombose et l'embolie, le diagnostic peut se faire clairement, le médicament doit être donné tout de suite.

La dose employée a été de cinq grains trois fois par jour, dans une demi drachme d'acétate d'ammoniaque liquide.

Il est cependant une variété de cas dans lesquels le carbonate d'ammoniaque n'a pas réussi entre les mains de l'auteur. Ce sont ceux où l'hémorrhagie cérébrale s'est associée à la néphrite et à l'hépatite interstitielles. Alors le Dr Van Wyck a obtenu de bons résultats par l'emploi du phosphate de soude (vingt à trente grains trois fois par jour, après les repas, dans une infusion de pissenlit) et de petites doses de sublimé ($\frac{1}{4}$ grain 3 fois par jour, avant chaque repas.) Quelquefois il combine le phosphate de soude à la digitale ou à la scille.—*Gaillard's Medical Journal.*

Traitement de la vieillesse.—Le professeur Horatio Wood, dans une leçon professée au *Philadelphia Hospital*, rappelle à ses élèves que

souvent les personnes âgées viennent consulter pour savoir ce qu'elles ont à faire pour prolonger leur existence. À cet égard il y a trois points plus spéciaux à considérer : 1^o ces personnes doivent se mettre soigneusement à l'abri d'une foule d'imprudences qui trop souvent causent la mort de gens que l'on dit être décédés de vieillesse. Un manque de prudence qui est sans importance pour un homme jeune devient une cause de grand danger pour un vieillard. Ces personnes doivent se garder de s'exposer aux changements de température, à l'humidité ; elles doivent éviter tous les ébranlements du système nerveux ; il leur faut passer un grand nombre d'heures au lit, etc. ; 2^o relativement au régime, les aliments doivent être légers mais nutritifs ; toute nourriture excitante doit être écartée ; l'usage de la viande sera modéré. On recommandera à la personne de faire usage de préférence des aliments qu'elle consommait dans sa vie ordinaire. Un homme qui a commencé à prendre du lait doit, dans les dernières années de sa vie, faire usage de cet aliment ; 3^o pour ce qui est des médicaments, il y en a deux qui sont très importants pour les personnes âgées, à savoir l'alcool et l'opium. Si votre malade, approchant de quatre-vingts ans, peut absorber une certaine quantité d'opium, vous prolongerez dans la majorité des cas sa vie de plusieurs mois et même de plusieurs années. L'opium doit être employé avec beaucoup de soin, de telle sorte que le malade ne puisse pas rapidement en augmenter la dose, et comme il n'a pas toujours ses facultés, il est essentiel que le médicament soit administré par une autre personne. Quant à l'alcool, chaque malade doit en boire trois ou quatre fois par jour au moment des repas ; la forme sous laquelle on administre l'alcool importe peu, eau-de-vie, whiskey ou vins ; ces derniers sont plus agréables au palais : en tout il faut consulter les goûts des malades.—*Med. and Surg. Reporter.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Carcinome du testicule gauche ; diagnostic différentiel des tumeurs du testicule gauche.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Après avoir pratiqué la ténotomie du tendon d'Achille pour redresser un pied bot varus équin, je ferai une opération plus grave sur un homme âgé de quarante ans, atteint d'une tumeur du testicule gauche et couché au n^o 15 de la salle Saint-Côme. Voici d'abord l'histoire de ce malade :

Antécédents.—Son père est mort d'une maladie aiguë, sa mère d'une maladie du cœur. Personne, dit-il, dans sa famille, n'a été atteint d'affection cancéreuse ; lui-même n'a jamais été malade. Cependant il a eu les fièvres intermittentes au Mexique pendant la campagne de 1866, mais elles ne durèrent que dix jours. À l'âge de vingt ans, il contracta la syphilis et se traita incomplètement. Il y a trois ans seulement, il s'aperçut qu'il portait une varicocèle gauche et fit alors usage d'un suspensoir.

Il y a treize mois, après une journée de travail très pénible (il exerce la profession de serrurier), le malade éprouva de vives douleurs dans les flancs. Pendant la nuit, les douleurs descendirent dans le testicule

gauche, et le lendemain la glande avait augmenté de volume. Il continua néanmoins à travailler et le testicule garda les mêmes dimensions.

Il y a neuf mois, à la suite de nouvelles fatigues, les douleurs devinrent encore plus vives et le testicule grossit rapidement. Le malade consulta un médecin qui lui fit prendre de l'iodure de potassium à dose qui paraît avoir été assez élevée.

Depuis trois mois, la tumeur est restée stationnaire, mais le travail étant devenu impossible, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Etat actuel.—Le scrotum du côté gauche est notablement augmenté de volume; ses dimensions sont celles d'une tête de fœtus à terme et sa forme celle d'un œuf à grosse extrémité dirigée en bas. La peau est normale, glisse facilement sur la tumeur et n'adhère en aucun point de sa face profonde. La surface de la tumeur est en apparence lisse et régulière, mais elle offre en arrière des bosselures très manifestes.

La tumeur est de consistance dure, elle ne présente pas la moindre rénitence, sauf en avant, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs où elle est molle.

Elle n'est pas transparente.

Le cordon correspondant est plus volumineux que celui du côté opposé; toutefois le canal déférent présente son volume normal.

Au-dessus du canal inguinal existe un petit noyau induré, mais il ne m'est pas démontré que ce soit un ganglion, le malade ayant été atteint de varicocèle. Les ganglions iliaques et lombaires paraissent sains.

Depuis qu'il est au repos, le malade n'éprouve plus de douleurs spontanées, mais seulement une grande pesanteur. S'il marche sans suspensoir, il ressent des douleurs abdominales et lombaires.

La santé générale est bonne; les fonctions génitales sont intactes. Quoique un peu pâle, cet homme ne présente pas de teinte cachectique. Les viscères thoraciques et abdominaux sont en bon état.

Diagnostic.—Je vais suivre, pour établir le diagnostic, en me basant sur les signes et symptômes qui précèdent, la méthode que je vous conseille d'employer chaque fois que vous serez en présence d'une tumeur du scrotum.

L'affection étant essentiellement chronique puisqu'elle date de treize mois, nous pouvons éliminer d'emblée les tumeurs à marche aiguë, c'est-à-dire les diverses espèces d'orchite.

La tumeur est dure, très dure même dans sa presque totalité, et de plus elle n'est pas transparente: éliminons donc aussi les tumeurs liquides, c'est-à-dire l'hydrocèle et l'hématocèle.

Un mot cependant sur cette dernière maladie.

L'un de vous a porté au lit du malade le diagnostic d'hématocèle; je désire lui démontrer qu'il s'est trompé. J'avoue que, dans certains cas, le diagnostic est difficile: lorsque la tumeur du scrotum est lisse, rénitente, fluctuante même, caractères de l'hématocèle, on peut très bien la confondre avec un produit morbide de consistance molle, comme l'encéphaloïde, par exemple, ayant distendu uniformément la tunique albuginée. La marche de la maladie peut seule alors éclairer le diagnostic: l'hématocèle évolue très lentement, est toujours indolente et succède en général à une hydrocèle. Tout autrement se comportent le sarcome et le carcinome qui marchent vite. Une hématocèle spontanée de la tunique vaginale aurait certainement demandé plusieurs années avant d'en arriver au volume de la tumeur actuelle. Mais, de

plus, rappelez-vous que, dans notre cas particulier, la tumeur est dure, inégale et bosselée; le doute n'est donc pas possible, une hématoécèle n'ayant jamais présenté de signes semblables.

Nous sommes par conséquent en présence d'une tumeur solide, de ce que l'on désignait jadis sous le nom générique de sarcocèle (tumeur charnue), avant l'introduction de l'histologie pathologique dans nos études.

Or il existe dans le testicule un assez grand nombre de tumeurs solides, et voici l'ordre que je crois devoir suivre dans le diagnostic éliminatoire :

1^o Sont-ce des tubercules? Non, parce que les tubercules se présentent ordinairement sous la forme de noyaux isolés et indurés, siégeant le plus souvent dans l'épididyme, et parce que nous avons ici une masse unique englobant le testicule et l'épididyme à la fois.

2^o Est-ce un testicule syphilitique? Je ne le crois pas, et cependant le malade a été atteint de syphilis à l'âge de vingt ans, ce qui pourrait le faire supposer. Mais le testicule syphilitique, ce que Virchow a décrit sous le nom d'orchite chronique syphilitique, est caractérisé surtout par la production nouvelle de tissu conjonctif entre les tubes séminifères. Ces productions ont la forme de masses irrégulières, dures, du volume d'un petit pois à celui d'une noisette; elles amènent peu à peu l'atrophie des tubes séminifères et la sclérose du testicule. Ce que je vous ai décrit ne ressemble à rien de cela.

3^o Reste un groupe de tumeurs spéciales à cette région, et qui sont : le chondrome, le fibrome, le sarcome, l'épithéliome myxoïde (Malassez), le lymphadérome (Malassez) et le carcinome.

Le diagnostic clinique peut-il être poussé assez loin pour permettre de dire si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces tumeurs? Ordinairement non, car le microscope décèle souvent la combinaison des éléments de plusieurs d'entre elles. Seulement nous savons que le sarcome pur, sans formation kystique, est très rare; que le carcinome est au contraire l'une des tumeurs le plus fréquemment observées dans le testicule. La consistance de celle-ci nous autorise en outre à penser qu'elle contient peut-être un peu de cartilage.

Je crois donc à une tumeur solide, probablement mixte, du testicule, mais dont la majeure partie est formée par un carcinome.

Pronostic et traitement.—Cette affection est extrêmement grave, et le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation de la tumeur, c'est-à-dire dans la castration que je vais pratiquer devant vous.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques préliminaires, je ferai une incision verticale pour énucléer la tumeur, et je lierai le cordon en deux ou trois parties selon son volume. La plaie sera lavée avec une solution phéniquée forte, elle sera réunie, drainée et recouverte d'un pansement de Lister.

P. S.—L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un carcinome, et le malade est sorti guéri du service.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des bourrelets hémorrhoidaires par les injections interstitielles d'acide phénique dilué.—On connaît les essais faits en Amérique par M. Andrews (de Chicago), entre autres, pour obtenir le ratatinement des bourrelets hémorrhoidaires au moyen d'injections interstitielles d'une solution d'acide phénique. Ce procédé de traitement

s'est révélé comme étant très efficace, mais nullement inoffensif. On peut attribuer à l'emploi de solutions phéniquées trop concentrées (Andrews employait une solution contenant parties égales de véhicules et d'acide phénique) les accidents causés par ces injections. M. Von HERMANN, médecin militaire à Mayence, a repris les essais d'Andrews, en se servant d'une solution phéniquée beaucoup moins forte. Il poussait dans chaque bourrelet hémorroïdaire cinq gouttes d'une solution phéniquée à 10 p. 100 ; le bourrelet devenait tout aussitôt d'un blanc bleuâtre et se flétrissait. A la suite d'une seconde injection, le bourrelet s'effaçait complètement en l'espace de sept jours. Les injections pratiquées de la sorte n'ont jamais eu de suites fâcheuses ; elles développaient simplement une sensation locale de froid. *Deutsche Medizinal-Zeitung.—Paris médical.*

Gangrène symétrique des doigts.—Le Dr S. GIOVANNI eut l'occasion d'observer un individu qui, après avoir perdu cinq frères et sœurs d'une maladie inconnue, avait lui-même joui d'une santé satisfaisante jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle il contracta différentes altérations à la face interne du prépuce ; altérations accompagnées d'une augmentation notable de volume des ganglions de l'aîne d'abord, puis de ceux du cou. Guéri au bout de trois mois de ses douleurs, il commença à ressentir de violentes douleurs dans les os et eut une éruption constituée par de petites vésicules. Tous ces accidents disparurent avec le temps sans traitement. Comme les douleurs osseuses persistaient, le malade vint à la clinique des maladies vénériennes cutanées ; il fut soumis à un traitement par les bains de vapeur et à des frictions mercurielles. Plus tard, ce malade fut atteint de fièvre palustre ; il n'en fut guéri qu'au bout de six mois par le sulfate de quinine. Cet accident fut suivi de différents troubles circulatoires ; il commença à ressentir entre autres choses une sensation inaccoutumée de froid au niveau des phalanges de quelques doigts de la main. La sensibilité de la main devint obtuse. Les mêmes altérations furent constatées par le malade du côté des orteils ; puis survinrent des douleurs violentes augmentées par la pression ; la couleur des téguments correspondants était modifiée ; à la pâleur avait succédé une coloration rouge foncé ; l'extension et la flexion étaient empêchées ; l'épiderme était épaissi et rugueux, au niveau de l'index de la main gauche ; il se détachait peu à peu en larges lambeaux. A partir de ce moment la douleur cessa d'être perçue dans ce doigt. La suppuration commença autour de l'ongle de la main droite ; le pus se fraya une voie à l'extérieur à travers l'épiderme de la pulpe du doigt. Les artères radiale et crurale étaient dures au toucher ; les pulsations sont synchrones aux battements du cœur et aux battements de la région sous-clavière droite. A l'auscultation du cœur, on trouve en même temps un souffle à la base et sur l'aorte. Poitrine carénée. Le professeur Gamberini fit le diagnostic de gangrène symétrique d'origine réflexe. Traitement symptomatique. Au bout de quelques mois, cicatrisation complète ; il ne restait à l'extrémité du doigt qu'un peu de torpeur qui n'empêchait pas le malade d'exercer son métier de tailleur.—*Revue médicale.*

Dans la blennorrhagie avec hématurie, L. RODRIGUEZ recommande : Chloral, 4 parties, eau distillée, 250 parties. M. S. A.—Trois injections par jour.—*El Siglo medico—Les Nouveaux Remèdes.*

Quelques modifications nouvelles au pansement antiseptique. Réunion des plaies par la suture perdue. Pansements siccatifs et absorbants.—(1) Tous les jours, les procédés se perfectionnent, les méthodes se développent et les louables efforts des chirurgiens améliorent le traitement des malades confiés à leurs soins. La suture superficielle et profonde, le drainage bien ménagé des plaies, le pansement de Lister, sont depuis longtemps les agents d'une méthode qui recherche la réunion immédiate ; on sait quels beaux succès ils ont donnés. Quelques auteurs ont remarqué qu'un certain nombre de plaies opératoires présentaient des surfaces opposables si régulières qu'elles ne demandaient pour ainsi dire qu'à être exactement maintenues les unes devant les autres, dans un contact exact pour se réunir. Le drain perdait alors de son utilité puisqu'il maintenait un écartement artificiel entre ces surfaces. D'autres aussi ont remarqué que dans nombre de cas, les sutures profondes n'arrivaient pas à affronter parfaitement les plans profonds d'une plaie. Werth, en 1879, imagina de réunir les surfaces nettes des plaies de la profondeur vers la superficie, à l'aide de sutures perdues au catgut. C'est dans les opérations plastiques et en particulier dans la périnéo-plastie qu'il applique cette méthode qui a pour but d'empêcher toute collection de sécrétion de se former dans la profondeur. Depuis les essais de Werth, Neuber a essayé avec succès d'appliquer la suture perdue aux plaies d'amputation ; Esmarch, aux opérations de bec de lièvre, aux fistules vésico-vaginales, à l'uréthroplastie. Ce dernier auteur a pour principe d'appliquer aux parties profondes une suture très serrée et une plus lâche à la surface extérieure ; il a pu ainsi supprimer les drains dans beaucoup de circonstances. Küster (de Berlin) a appliqué la suture perdue à un grand nombre d'opérations ; sur onze périnéo-plasties, 3 fois il a obtenu la guérison immédiate sans la moindre suppuration, 2 fois il y a eu une suppuration minime. Il l'applique à la suture abdominale après les laparotomies. Dans ces derniers temps, dans les opérations de kélotomie ou de cure radicale des hernies, il applique plusieurs rangées successives de suture perdue ; il agit de même dans le pansement d'une assez grande quantité de plaies diverses plus ou moins profondes. Quand les parties molles se rapprochent facilement, il se contente de catgut fin ; mais, si elles présentent de la tension et de la résistance, il applique plusieurs étages de suture profonde à la soie phéniquée, réservant le catgut pour la suture superficielle.

Enfin quand la suture de la peau est parfaitement régulière, il applique dessus une bonne couche de collodion iodoformé. Cette méthode des sutures perdues nous paraît avoir des avantages dans un certain nombre de cas, mais nous croyons qu'il en est et qu'il en sera toujours dans lesquels le drainage bien fait donnera plus de sécurité au patient et au chirurgien.

Une condition, assez difficile à obtenir, favorise la réunion immédiate des plaies : c'est la diminution ou l'absence complète de suintement sanguin ou séreux à la profondeur ou à la surface de la plaie. Il importe donc de ne pratiquer la réunion d'une plaie que lorsque la surface est bien asséchée ; en outre il faut que le pansement ne s'oppose

(1) Küster, Bruns, Mikulicz.—Congrès des chirurgiens allemands, Josselin, Académie des sciences, 7 septembre 1885.

pas à la filtration des produits sécrétés par la plaie et surtout à ceux de la ligne de suture ; il faut que ce pansement absorbe ces produits et qu'il les rende aseptiques avant qu'ils ne se dessèchent dans son épaisseur. Plusieurs substances destinées à remplir ces buts très divers ont été mises en usage dans ces derniers temps.

M. le professeur Gosselin a essayé le *bismuth* en poudre ou en suspension dans de l'eau ; il a constaté qu'il ne se faisait point d'écoulement sanguin dans les intervalles des points de suture ni derrière la ligne de réunion ; il n'y avait, de plus, aucune issue ou accumulation de sang le jour de l'opération et les suivants. Il pense que le *bismuth* agit comme hémostatique et qu'il a un pouvoir astringent et coagulant par l'acide nitrique mis en liberté et par l'oxyde de bismuth. On peut donc arroser les plaies avec une solution à 1 p. 50, ou y insuffler une légère couche de poudre, puis on les ferme au moyen de sutures, et on peut se passer de drainage.

La dessiccation parfaite des sécrétions, le pansement sec au moyen de substances capables de les absorber et de les rendre aseptiques, telle est la méthode que BRUNS recommande et qu'il emploie avec succès depuis quinze mois à la Clinique de Tübingen. La matière du pansement est le coton de bois sublimé, substance fine, molle, poreuse, très élastique, jouissant d'une grande puissance d'absorption, d'un pouvoir antiseptique considérable grâce au sublimé ; et enfin, ce qui n'est pas à dédaigner, elle coûte très bon marché. On suture les plaies, on les recouvre d'une couche de coton de verre pour les uns, d'une lamelle de gaze iodoformée pour les autres, puis on applique plusieurs couches de coton de bois de plus en plus larges, que l'on fixe au moyen d'une bande de gaze. Tout le pansement est entouré d'une couche de coton hydrophile, salicylé ou phéniqué, et on a le soin de ne point y interposer de gutta-percha, de mackintosh ou autre tissu imperméable afin que la dessiccation puisse bien se faire. Voici quelques exemples des résultats obtenus par Bruns au moyen du pansement sec absorbant. Sur quarante-huit amputations, trente-trois ont guéri sous le premier pansement et dans trente extirpations du sein avec curage de l'aisselle, vingt-cinq fois la guérison a eu lieu par première intention ; enfin, vingt résections du genou sur vingt-deux se sont réunies de la même façon.

Mikulicz (de Cracovie) emploie comme pansement sec de la sciure de bois *sublimée* ou *goudronnée*, c'est un pansement léger, absorbant très bien les sécrétions et se prêtant parfaitement à la forme des parties pour permettre de faire une compression bien égale sur tous les tissus qui doivent se réunir. La sciure de bois préparée est placée dans des sachets aplatis, de diverses grandeurs, et s'applique au-dessus d'une couche de gaze iodoformée. Le pansement à la sciure de bois est d'un bon marché très notable et nous le croyons très recommandable pour la chirurgie de guerre. La sciure de bois peut se trouver chez tous les menuisiers, en l'imprégnant soit d'une solution de sublimé à 2 p. 0/100 ou de 20 p. 0/10 de goudron, on obtient après dessiccation une excellente matière de pansement.—*Concours médical.*

Traitement de la fracture de la clavicule.—La fracture de la clavicule est un accident très sérieux, en ce qu'il est très difficile de maintenir en contact les deux fragments. Tous les appareils variés, inven-

tés dans ce but, cèdent, et la conséquence de cette non-résistance est une saillie au niveau de la fracture, chose qui cependant n'a aucun inconvénient pour le sujet. Pour éviter ce résultat, le docteur TELLER propose de suivre la méthode suivante : porter le bras en arrière du côté de la fracture, et cela aussi loin que possible, de façon que la face dorsale de la main vienne reposer sur la partie latérale opposée de la région lombaire. Pour maintenir le bras dans cette position, il suffit de fixer une bande d'emplâtre adhésif autour du poignet, et de là autour du corps. Le docteur Teller emploie cette méthode depuis bientôt deux ans, et dans les douze cas, dont onze enfants, qu'il a traités ainsi, il a obtenu une réunion rapide sans difformité. Le seul inconvénient est la difficulté, pour le malade, de se coucher sur le dos ; le premier malade chez qui il employa cette méthode, était une petite fille de dix ans ; elle resta jour et nuit assise sur une chaise pendant deux semaines ; mais il trouva, après quelque temps, que les enfants peuvent obtenir un repos parfait en dormant sur le côté sain.—*Courrier médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Eclampsie pendant le travail ; extraction d'un enfant vivant, guérison de la mère, par M. le docteur E. HEBERT (d'Audierno).—
Le 19 février 1885, je fus appelé au village de Kerandron, auprès d'une femme en couches.

A mon arrivée, deux heures du matin, je trouvai la nommée Jeanne P..., robuste paysanne, vingt-quatre ans, primipare, atteinte de crises éclamptiques.

D'après les renseignements de la famille, grossesse normale.

Au dire de la sage-femme qui l'assiste, le travail a commencé la veille, vers six heures du soir.

La rupture de la poche des eaux a eu lieu à une heure après minuit, et c'est à ce moment que s'est déclarée la première crise.

La malade a déjà eu six attaques ; elle est complètement inerte. Perte absolue de connaissance ; respiration stertoreuse ; facies vultueux ; langue mordue, épaisse et faisant saillie entre les arcades dentaires.

Au moment de cet examen, nouvelle attaque qui dure dix minutes environ, et dont j'attends la fin.

Je constate ensuite : utérus normalement développé, dilatation complète, présentation du sommet, position O. P. I. D.

Je décide l'application du forceps, et pendant les préparatifs de cette opération, nouvelle attaque qui dure encore dix minutes.

Cette crise terminée, j'applique immédiatement le forceps et j'extrait un enfant mâle, en état de mort apparente. Une légère saignée du cordon a facilement raison de cet accident.

Puis, l'utérus me paraissant suffisamment contracté sous la forme d'une boule dure, au-dessus du pubis, et la main droite de la sage-femme laissée à demeure sur le fond de la matrice pour maintenir l'organe revenu sur lui-même, j'extrait le placenta.

A peine la délivrance est-elle terminée et la malade replacée dans son lit, nouvelle crise qui dure quinze minutes, et après laquelle *large inhalation de chloroforme*.

Cinq heures du matin : nouvelle crise ; durée, huit minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Six heures trente minutes : nouvelle crise, durée, quinze minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Enfin, depuis cette dernière attaque jusqu'à onze heures du soir (19 février), dix autres crises, de durée variable, mais de plus en plus courtes, grâce aux inhalations de chloroforme.

De cela je puis répondre, n'ayant pas quitté un seul instant la malade.

Enfin, vers minuit elle s'endort, jusqu'au lendemain matin, six heures.

Je revois l'accouchée vers huit heures du matin (20 février). Hébé-tude complète.

Je réussis à lui faire prendre quelques gorgées d'une infusion de tilleul orangé.

Le sentiment revient peu à peu vers le soir. L'accouchée prend avec plaisir une tasse de bouillon, et s'endort.

Le lendemain (21 février), au réveil, à part une grande lassitude, il ne lui reste que le souvenir de cette redoutable complication. L'allaitement fut commencé trois jours après. Suites de couches normales.

Je n'ai pu examiner les urines que six heures environ après la délivrance ; elles étaient faiblement albumineuses.

Les inhalations de chloroforme, commencées aux premiers signes d'agitation automatique, indice certain de l'approche d'une crise, ont été suspendues pendant toute sa durée et reprises après elle jusqu'à cessation complète de l'agitation et production du sommeil anesthésique.

L'influence heureuse du chloroforme sur la marche et l'issue de ces accidents éclamptiques au terme d'une grossesse me paraît digne d'être signalée.—*Gazette des hôpitaux*.

Vulvo-vaginite.—Tampon astringent. — Soit que les injections astringentes aient échoué, soit qu'on ne veuille pas y avoir recours parce qu'elles prennent du temps et sont gênantes, on peut recourir avec presque certitude de succès au tampon vaginal astringent.

Carré de ouate non glacée, de 5 à 10 centimètres de côté et d'une épaisseur variable, demi-cuillerée à café environ d'alun en poudre, déposée au centre, rabattre les bords pour enfermer l'alun, lier avec un fil au dessous de l'alun, et introduire profondément ce sachet dans le vagin, en laissant dépasser le fil hors de la vulve, retirer après trois ou quatre jours ; injection détersive ; après douze jours au plus, les vaginites syphilitiques ou non, ou tout écoulement par le vagin avec un col intact guérissent à coup sûr.

Le tampon a, sur les injections, l'avantage de tenir écartés les uns des autres les différents points du conduit vaginal ; la poudre imprègne peu à peu la paroi, délayée par ses sécrétions, et les pansements sont rares.

L'alun peut être remplacé par toute autre poudre astringente.

L'effet n'est pas le même lorsqu'on roule le tampon dans la poudre, celle-ci se trouvant directement alors en contact avec la muqueuse.—
Form. de thérapeutique.

Traitement du cancer de l'utérus.—La question du traitement du cancer de l'utérus, qui a été soulevée dernièrement à la Société de chirurgie, est assez complexe, et l'on ne peut dès lors s'étonner qu'elle ait donné lieu à des appréciations très diverses de la part des membres de cette Société dont quelques-uns, et parmi les plus éminents, ont préconisé hautement l'extirpation totale du col ou simplement des opérations partielles. En apportant des observations probantes à l'appui de cette manière de voir, M. SIREDEY admet qu'il est incontestable que, dans certains cas, une opération radicale peut amener une guérison sinon complète dans le sens absolu du mot, au moins assez durable, et permettant une survie assez longue pour la justifier ; et, pour ne citer qu'un fait, il a parmi ses clientes une malade ainsi opérée par M. Verneuil, il y a plus d'une année, d'un cancer du col dont la nature a été vérifiée histologiquement, et chez laquelle on n'observe pas jusqu'ici la moindre menace de récurrence.

Toutefois, les faits dans lesquels une intervention chirurgicale de ce genre est utile sont extrêmement rares, et cela pour deux raisons : c'est tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, le médecin n'est consulté que lorsque la lésion est déjà beaucoup trop avancée pour qu'une opération radicale puisse être raisonnablement tentée ; c'est ensuite qu'à l'époque où l'intervention serait sûrement utile, le diagnostic est encore très difficile. M. Lucas-Championnière a fait remarquer à ce propos, dans cette discussion, qu'un certain nombre d'ulcérations simples du col avaient été certainement enlevées comme cancéreuses, alors qu'un traitement médical eût pu montrer qu'elles étaient sans gravité. M. Siredey partage absolument cette manière de voir et estime que c'est là un des côtés de la question sur lequel on ne saurait trop insister, car il est impossible de ne pas reconnaître que la vulgarisation de l'opération du cancer du col utérin constituerait un danger réel pour les malades, en ce sens que, dans des mains trop hardies ou même peu scrupuleuses, elle perdrait bien vite son caractère d'opération d'exception, et les occasions de la pratiquer se multiplieraient certainement de la façon la plus regrettable. Il est permis de rappeler, sans froisser aucune susceptibilité honorable, que l'on a vu parfois des opérateurs, d'ailleurs très habiles, extirper un fragment de la luette destiné à jouer le rôle du polype du larynx si souvent diagnostiqué ; n'est-il pas à craindre aussi, le fait s'est déjà vu, que l'extirpation d'un fragment du col ne rentre dans la même catégorie d'opérations utilitaires, avec cette différence toutefois que l'action chirurgicale est ici beaucoup plus dangereuse que dans le premier cas ?

Cette raison ne suffirait évidemment pas pour faire proscrire en principe une opération dont l'utilité serait incontestable ; mais ses avantages sont très discutés et ses indications se présentent si rarement d'une manière formelle qu'il n'y a pas d'intérêt pour les malades à ce qu'elle se généralise, d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, des pansements bien faits et des soins hygiéniques bien compris donnent des résultats aussi avantageux sans faire courir au malade les risques d'une intervention opératoire souvent très dangereuse.

Voici d'ailleurs les moyens employés le plus souvent par M. Siredey dans les cas de cancer du col. Les cautérisations avec les caustiques légers tels que la teinture d'iode ou le nitrate d'argent doivent être proscrites, car elles ont l'inconvénient d'irriter les parties malades et de provoquer de la douleur et de la congestion sans avoir d'efficacité bien certaine contre la marche envahissante de la lésion. Elles jouent ici le même rôle que les substances irritantes sur les épithéliomas de la langue et des lèvres, qui ne font que favoriser l'extension du mal et lui donnent un véritable coup de fouet. Ce n'est que dans les formes végétales ou qui s'accompagnent d'hémorrhagies, que les cautérisations doivent être employées, et il faut alors qu'elles soient énergiques et réellement destructives. Le fer rouge, l'acide chromique concentré ou, dans quelques cas, le caustique Filhos, remplissent alors parfaitement le but. M. Siredey a arrêté ainsi bien souvent, avec trois ou quatre applications de fer rouge, d'une façon définitive, des hémorrhagies menaçantes pour la vie à bref délai.

Quant à l'acide chromique concentré, son emploi doit être entouré de grandes précautions : les attouchements doivent être faits au moyen d'un tampon d'ouate, plongé dans l'acide et exprimé avant son application ; puis la cautérisation est suivie d'une injection à grande eau, car le liquide caustique peut fuser le long du spéculum et amener des inflammations graves. Cette dernière précaution est absolument indispensable, si l'on veut être assuré d'éviter les accidents qui rendent cette pratique assez délicate. Elle doit être renouvelée après chaque cautérisation et faite très largement.

En même temps, les injections détersives et antiseptiques doivent être employées d'une façon très régulière. M. Siredey prescrit habituellement la solution suivante :

Acide phénique cristallisé	25	grammes
Essence de thym	5	—
Alcool	150	—

Une ou deux cuillerées à café de cette solution pour une injection.

Après chaque injection, un tampon de ouate hydrophile, imbibé d'une solution de chloral au trentième, est introduit le plus profondément possible, en contact avec l'ulcération ; ce tampon doit être renouvelé une ou deux fois par jour suivant l'abondance et la fétidité de l'écoulement.

Sous l'influence de ces pansements faits méthodiquement, on voit les parties se déterger, l'écoulement fétide se modifier, et les surfaces ulcérées prendre l'aspect d'une plaie de bonne nature. Dans quelques cas même, un commencement de cicatrisation peut se produire, sans qu'on puisse voir là, cependant l'indice d'une guérison sur laquelle il n'est guère permis de compter. Néanmoins, les symptômes de l'affection sont tellement amendés que le résultat obtenu est certainement supérieur ou tout au moins équivalent à celui que donnerait une opération partielle.

Il est une remarque importante à faire, au point de vue de l'emploi du tamponnement pour combattre les hémorrhagies. Dans certaines formes de cancer qui ont été décrites sous le nom d'*ulcus rodens* et étudiées en particulier par Aran, les parois du col et même du corps sont en quelque sorte rongées par la lésion de telle sorte qu'elles ne consti-

tuent plus qu'une coque mince recouvrant une vaste caverne et sont susceptibles de se rompre sous le moindre effort. Il est donc nécessaire, quand on soupçonne cet état particulier, de ne placer qu'un tampon médiocrement serré et qui ne puisse donner lieu à un semblable accident.—*Journal de la Santé publique.*

Pessaire antiseptique de Hayem. — Les solutions antiseptiques ont certainement une action très salubre sur les ulcérations du col de l'utérus. Mais la difficulté est de les tenir exactement au contact du col. J'ai imaginé, pour réaliser le but, le petit appareil que je vous présente. (*Congrès de Grenoble.*) " C'est un pessaire en caoutchouc surmonté d'un hémisphère de même substance qui se termine par un tuyau. On remplit l'hémisphère d'une éponge en caoutchouc, et on place le pessaire de telle sorte que le col est au contact même de l'éponge imbibée du liquide antiseptique. On peut faire des lavages, tout en laissant l'appareil en place. J'ai choisi la solution concentrée d'acide borique, qui a des propriétés antiphlogistiques. Mais je préfère la solution de sublimé, qui amène une reproduction rapide de l'épithélium et par suite la cicatrisation.

J'en demande bien pardon au savant professeur, mais son appareil n'est pas nouveau. Il y a sept à huit ans, le docteur Gairal de Carignan, auquel on doit également l'anneau pessaire qui porte le nom de Dumontpallier, est venu me présenter un instrument qui ne diffère de celui de M. Hayem que par l'éponge, qui est véritable et non en caoutchouc. Si l'éponge a le grave inconvénient de gêner la cicatrisation des ulcérations ou granulations du col, comme je m'en suis assuré, il est indubitable que le caoutchouc a les mêmes inconvénients. Il n'y a donc aucun avantage à venir grossir la liste déjà bien longue des instruments intra-vaginaux par des rééditions d'anciens appareils justement délaissés.—*Gazette de Gynécologie.*

Du meilleur traitement palliatif du prolapsus utérin et vaginal chez les vieilles femmes, par BREISKY. (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège.*)—L'auteur ne s'occupe que des cas, assez nombreux d'ailleurs, où l'intervention chirurgicale n'est pas possible, soit parce qu'il existe des contre-indications, soit plutôt parce que les patientes préfèrent le mal au remède et refusent énergiquement de se mettre entre les mains du chirurgien.

D'une façon générale, dit Breisky, les pessaires—ce mal nécessaire—ne répondent pas à ce que l'on attend d'eux. En effet, ou ils sont trop grands et trop lourds, auquel cas ils présentent tous les inconvénients du corps étranger vaginal, ou ils sont trop petits et trop faibles, ce qui les rend incapables d'opposer une résistance satisfaisante à la pression abdominale parfois très forte.

Pris entre ces deux *impedimenta*, les pessaires ordinairement employés y échappent en agissant par pression plus ou moins forte, d'où irritation et distension exagérée des parties génitales. Par le fait de la distension ils deviennent bientôt trop petits, d'où nécessité d'en appliquer de plus grands qui seront à leur tour insuffisants après un laps de temps plus ou moins long. Bref le médecin trouve dans leur usage, à ce moment surtout de la vie où les tissus ont perdu en si grande partie leur élasticité, des inconvénients tels qu'il est le plus ordinairement obligé d'y renoncer.

Breisky croit avoir tourné les nombreuses difficultés que crée cette question des pessaires.

D'après lui, les meilleurs sont ceux en forme de boule, tels qu'ils avaient déjà été employés par Scultet et Denman, et qui étaient tombés en désuétude. On leur a reproché d'empêcher le coït et l'issue du sang menstruel, de comprimer la vessie et le rectum et d'être difficiles à enlever. Il ne peut s'agir des deux premiers points si on ne les emploie que chez des femmes à l'âge la ménopause: quant à la compression sur les organes voisins, elle n'est pas plus forte qu'avec les autres pessaires. On peut enfin les enlever facilement avec une pince qui représente en petit un forceps.

L'auteur en a fait construire en forme d'œuf, de cinq numéros différents constituant une série. Ils sont creux à l'intérieur et constitués par une mince enveloppe de caoutchouc durci.

Le plus souvent, il emploie les numéros 2 et 3. Quand le pessaire a la grosseur voulue, il ne peut être déplacé par la pression abdominale. On peut parfaitement le laisser longtemps en place sans qu'il en résulte de grands inconvénients.

L'auteur en a retiré un chez une vieille femme qui le portait depuis 20 ans, et chez laquelle on ne constatait ni ulcération, ni catarrhe de la muqueuse.

Il conseille pourtant de l'enlever de temps en temps, tous les trois ou quatre mois, pour contrôler l'état des parties génitales et employer un numéro moins fort si cela était possible. Il a remarqué, en effet, qu'après quelque temps d'application de ce pessaire, le muscle releveur de l'anus recouvrait une certaine tonicité, de même que la musculature du vagin. C'est surtout chez les femmes âgées qu'il faudra l'employer.

S'il n'existe aucune lésion des organes génitaux, on peut l'introduire d'emblée. Mais si on constate des ulcérations, il est nécessaire de les guérir tout d'abord avant d'avoir recours au pessaire. Pour cela on fera faire des injections vaginales antiseptiques et astringentes et on les fera suivre d'application d'ouate antiseptique.

Dans le cas où le pessaire ne pourrait absolument pas tenir, Breisky fait porter à ses patientes un bandage en T auquel est adaptée sur la partie qui passe entre les jambes une poire de caoutchouc durci dont le volume correspond à la lumière du vagin.—*Revue médicale.*

Des récidives malignes des kystes de l'ovaire.—*Société de chirurgie.*—Une discussion très intéressante sur ce sujet a mis aux prises les anatomo-pathologistes et les cliniciens. Le Dr Terrillon opère une malade présentant un kyste des plus simples en apparence; elle guérit, mais, 6 mois après, une tumeur maligne se développe dans la cicatrice abdominale et emporte la malade. M. Terrillon a pu rassembler dans les statistiques de Péan et de Spencer Wells, 46 faits semblables. MM. Nicaise, Polaillon, Lucas-Championnière, Panas, Terrier en ont aussi, mais très rarement observé. Ces faits très rares se rencontrent surtout chez les femmes de 40 à 50 ans, l'âge, comme on le sait, des néoplasmes malins. Tantôt la tumeur se montre dans la zone voisine de l'opération (pédicule, péritoine, cicatrice); tantôt, c'est dans un organe plus éloigné. L'explication de ces cas est encore assez difficile. N'y a-t-il là? comme le veulent Heurteloup et Verneuil, qu'une simple coïncidence, Ou bien, prenant pour point de départ la théorie qui veut que les kystes

ovariques ne soient que des épithéliomas de forme particulière (mucoïdes, kystiques, etc.), faut-il admettre que la récurrence locale est due à la transplantation de végétations épithéliales dans le péritoine et à leur transformation en sarcôme ou en cancer ?

Il est difficile de se faire actuellement une opinion. Néanmoins, on a remarqué que certaines formes de tumeurs kystiques, qui montrent à leur surface, ou dans l'intérieur de leurs cavités, des végétations multiples d'aspect sarcomateux, sont plus souvent malignes et récidivantes que les autres.—Il y aurait là des dispositions anatomiques spéciales, prolifération rapide et tendance au bourgeonnement, déterminant, comme dans d'autres régions, des caractères de malignité tout à fait spéciaux.

Ces faits doivent inspirer une certaine méfiance dans le pronostic de certaines tumeurs kystiques de l'ovaire.—Dr BARETTE, in *Concours médical*.

DERMATOLOGIE.

Eczéma anal.—Le Dr VÉRITÉ, qui publie une brochure sur cette affection fréquente, la considère comme une arthrite sèche, fréquente chez les goutteux et les hémorrhoidaires, et la combat avec succès par le traitement alcalin.

Matin et soir, Bazin conseillait une cuillerée à soupe de :

Sirop de fumeterre ou de saponaire.....	500 gr.
Bicarbonate de soude	6 à 8 "

Comme topique, le savant dermatologiste conseille dans l'eczéma arthritique la pommade au sulfate de fer :

Sulfate de fer.....	40 à 50 cent.
Cétine.....	4 grammes.
Axonge	30 "

Après avoir administré le bicarbonate de soude, M. Hardy a eu recours à l'arsenic, qui réussit parfois.

Contre le prurit, M. Hardy ordonne de la glycérine dans laquelle il dissout un peu de nitrate de mercure. Les solutions de sublimé, le précipité blanc, peuvent être aussi employés contre le prurit qui est doublement fâcheux et par la douleur et par l'augmentation de l'eczéma qu'il entraîne.

Souvent on ne parvient qu'à diminuer l'eczéma anal ; il faut prévenir les malades de la tenacité de leur mal et les mettre en garde contre les topiques irritants qu'ils seront enclins à employer, et qui trop souvent augmentent la persistance de l'eczéma anal.

En cas d'hémorrhoides, c'est au piper capsicum, aux lavements surtout, qu'il faut recourir pour ne pas laisser les fèces augmenter encore la gêne de la circulation veineuse.

Ces divers moyens de traitement auxquels nous pouvons ajouter des lotions avec une solution de bromure de potassium et l'administration interne de ce médicament, ne sont pas toujours suivis de succès. Heureux les malades, si des oxyures vermiculaires étaient la cause des démangeaisons anales, leur évacuation peut faire cesser le prurit. La prédominance du ténésme et des épreintes doit faire songer aux oxyures

vermiculaires. Il ne faut pas toujours compter sur la guérison de l'eczéma anal après qu'on les a chassés ; ces vers n'ont agi souvent qu'en qualité de cause occasionnelle, en appelant à la marge de l'anus une manifestation diathésique. On devra dans ces cas instituer un traitement général après l'administration des anthelminthiques.

Les affections qui ont pour siège la région génito-anales s'accompagnent d'une hypochondrie particulière, de tristesse, d'une sorte de honte. En public, ne pouvant se livrer aux grattages, lorsqu'ils ressentent des démangeaisons, les malades atteints d'eczéma anal se remuent s'ils sont assis, et font, à leur insu, des mouvements qui ont pour but d'apaiser le prurit, ou cherchent à se tenir à l'écart.

Quand l'affection a duré un certain temps, les préoccupations que leur a causées souvent leur mal deviennent constantes et la physionomie les reflète.

Il en résulte, pour certains malades atteints d'eczéma anal, une allure timorée qui n'est pas sans analogie avec celle des masturbateurs ou des individus qui ont des pertes séminales. Il faut connaître ce résultat de la contrainte à laquelle les malades sont tenus lorsqu'ils ne peuvent pas se gratter, et ne pas prendre pour le cachet d'un vice le facies et l'habitus qu'on rencontre chez les eczémateux. Dans les expertises de médecine légale, l'erreur est d'autant plus facile à commettre que ce facies coexiste avec les déformations anales.

Valleix indique que l'eczéma de l'anus porte les malades "à des idées de tristesse et même de suicide."—*Revue de thérap. méd. chir.*

Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis, par H. HALLOPEAU.—Le traitement des teignes est un objet de préoccupations constantes pour les médecins qui s'occupent de dermatologie ; on connaît la nature de ces maladies, on en a déterminé le siège précis et le mode d'extension, on sait que les champignons dont le développement en est la cause prochaine peuvent être détruits par un certain nombre de parasitocides, et cependant on n'arrive que difficilement et lentement à les guérir. On pouvait espérer, par exemple, que la découverte du trichophyton dans le cuir chevelu des malades atteints d'*herpes tonsurans* ferait faire à la thérapeutique de cette dermatose les mêmes progrès que la découverte de l'acarus a fait faire à celle de la gale. On a été déçu : les agents employés, rapidement efficace quand le parasite siège dans les parties glabres, ne peuvent plus l'atteindre qu'incomplètement quand il occupe le cuir chevelu, et les traitements dont ils sont la base ne réussissent qu'avec une grande lenteur (1) ; on peut parfois aller plus vite en transformant par des applications irritantes les parties atteintes en un milieu défavorable au développement et à la vie des champignons, mais ici encore on se trouve en présence de difficultés considérables ; ces traitements peuvent déterminer des inflammations persistantes de la peau, des alopecies partielles, et ils sont d'autre part, loin d'être constamment efficaces ; le moyen d'obtenir rapidement la guérison de la teigne est donc encore un problème qui s'impose à l'attention des médecins.

(1) M. E. Besnier (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1884) déclare que si la destruction directe par les agents chimiques est possible lorsqu'il s'agit d'épizaires, on ne peut plus l'espérer quand on est en présence de parasites qui vivent au milieu des tissus. Il suffit cependant que le succès ne paraisse pas irréalisable, pour que l'on continue à chercher dans cette direction.

Une note de J. Foulis, publiée le 14 mars dans le *British Medical Journal*, a pu faire espérer un instant que ce problème était résolu pour l'*herpes tonsurans*; cet auteur, en effet, ne craint pas d'affirmer que, depuis cinq ans, il guérit, généralement en huit jours, les cas les plus graves de cette maladie en procédant de la manière suivante :

Après avoir coupé les cheveux autour de la partie malade, il la frotte avec un linge imbibé d'essence de térébenthine, en ayant soin de protéger les yeux par une compresse placée sur le front; cette friction est continuée pendant trois minutes environ; elle amène une rougeur érythémateuse et une douleur assez vive; un lavage pratiqué avec le savon phéniqué à 10 pour cent et de l'eau chaude fait disparaître immédiatement cette douleur; on étend alors successivement deux ou trois couches de teinture d'iode sur la plaque d'herpès, et on termine par une onction avec l'huile phéniquée au vingtième. On peut, d'après Foulis, remplacer la teinture d'iode par une solution de 2 parties d'iode dans 100 parties de térébenthine. Cette série de pratiques est renouvelée tous les jours; au bout de huit jours, la maladie sera guérie.

Ce qu'il y a de nouveau dans ce traitement n'est pas l'emploi de la teinture d'iode, car nos collègues E. Vidal et Terrillon en ont reconnu l'inefficacité, c'est sa combinaison avec les applications de térébenthine et de préparations phéniquées; elle ne paraît pas donner de meilleurs résultats.

Nous avons, en effet, expérimenté sur quatre malades, à l'hôpital Saint Louis, le traitement de Foulis, et nous avons eu le regret de ne pas obtenir les succès annoncés, bien que nous nous soyons attaché à appliquer minutieusement les procédés indiqués par l'auteur.

Notre premier malade a été traité successivement du 8 au 15 et du 21 au 25 mai; la formation d'une collection purulente nous a contraint à cesser la médication. Il y avait encore, à ce moment, beaucoup de cheveux malades et des spores très nombreuses. Nous laissons de côté cette observation par cette raison que nous avons dû employer, les huit premiers jours, le savon ordinaire au lieu du savon phéniqué, et que dans la seconde série d'applications, notre savon phéniqué n'était qu'à 2 pour 100, proportion inférieure à celle qu'indique Foulis. Elle nous a cependant permis de constater que, comme on pouvait le prévoir, les applications répétées d'essence de térébenthine et de teinture d'iode provoquent de vives douleurs, qu'elles sont difficilement supportées, et qu'elles peuvent déterminer une irritation du cuir chevelu assez intense pour amener la suppuration.

Pour nos trois autres malades, nous nous sommes servi de savon phéniqué à 10 pour 100. Le traitement a commencé pour deux d'entre eux le 3 juillet et a été continué jusqu'au 20; il y a eu quinze séances; quatre fois la teinture d'iode a été remplacée par la térébenthine iodée; le troisième sujet a subi les applications du 29 juin au 7 juillet.

La térébenthine iodée nous a paru, contrairement au dire de Foulis, une mauvaise préparation; l'iode n'est pas, en effet, simplement dissous dans l'essence, il agit sur elle chimiquement et l'attaque vivement; au moment où la réaction se produit, il se fait une sorte d'explosion, et il se forme à la fois des carbures benzéniques, des iodures forméniques, et surtout de l'hydrure de terpilène (1). Par suite de cette décomposi-

(1) G. Bouchardat, cité par Berthelot et Jungfleisch.

tion, l'iode ne peut exister à l'état libre qu'en quantité très faible. De plus, les phénomènes de décomposition se continuant, la solution se décolore et la proportion d'iode qu'elle contient à l'état libre s'affaiblit encore.

Chez nos malades, l'examen microscopique pratiqué après la huitième et après la dernière séance a dénoté la présence de spores nombreuses dans les cheveux atteints. L'insuccès a donc été complet, et nous avons dû revenir aux traitements dont nous nous servons le plus souvent, et qui consistent, soit en badigeonnage, avec l'acide pyroli-gneux, combinés aux lotions quotidiennes avec la solution de sublimé, soit en badigeonnages avec le crayon d'huile de croton, si les plaques sont de petites dimensions.

Il résulte de nos observations que le traitement de Foulis ne guérit pas la teigne dans un délai double de celui qu'a indiqué l'auteur, qu'il est très douloureux, et par cela même, d'une application difficile, et enfin qu'il détermine une inflammation vive de la peau. Notre collègue, M. Lailler, est arrivé aux mêmes conclusions. Nous sommes donc obligé de déclarer que, malgré les assertions de Foulis, le moyen de guérir rapidement la teigne tondante est encore à trouver.—*Union médicale.*

Traitement des sueurs profuses et fétides des pieds par le perchlorure de fer.—M. Legoux (d'Albert) publie, dans la *Gazette médicale de Picardie*, l'observation suivante;

Homme de trente-cinq ans, de bonne constitution, ayant une profession presque sédentaire. Il fait remonter le début de son affection à la guerre de 1870, pendant laquelle il paya, comme tant d'autres, sa dette à la patrie.

Depuis cette époque, la maladie ne fait que grandir, à tel point que cet homme se trouve poursuivi par des idées noires.

En ce moment (février 1881), la vie lui est à charge, il parle de mettre fin à ses jours si l'on n'apporte un prompt secours à son état.

Voici ce que nous constatons :

La peau de ses pieds, ridée, est d'un blanc sale et semble avoir macéré pendant des jours entiers dans un liquide. La sueur dégoutte par terre en même temps qu'une vapeur puante s'en échappe. À distance, la main perçoit la sensation d'un dégagement de calorique abondant; enfin, la sensibilité est telle que le patient ne peut plus marcher qu'au prix de souffrances continuelles, et que ses chaussures sont promptement imbibées de la liqueur fétide.

En face d'un mal aussi terrible par ses manifestations que par les conséquences qu'il peut entraîner, je n'hésite pas, et j'institue le traitement suivant :

1^o Bains de pieds à l'eau de goudron, renouvelés trois fois par jour pendant deux jours.

2^o A dater du troisième jour, badigeonner les pieds, matin et soir, avec le perchlorure de fer liquide.

Je n'étais pas sans appréhension en essayant de tarir ainsi une sécrétion déjà ancienne et si abondante; cependant le succès récompensa mon audace, car au deuxième jour de badigeonnage perchloruré, les pieds cessaient de jeter de la chaleur, la sueur était tarie en grande partie, toute odeur nauséabonde avait disparu. Cet homme, naguère

si abattu, reprenait courage, et avait plaisir à parler du froid qu'il ressentait maintenant à ses extrémités; bref, après six jours de traitement, le sujet reprit la marche, il semblait renaître à la vie.

Plus de chaleur, plus de douleurs, plus de puanteur, en un mot disparition complète de ces sueurs qui le désespéraient.

Depuis j'ai revu, à plusieurs reprises, cet intéressant malade; la guérison ne s'est pas démentie un seul instant; quelquefois, cependant, les sueurs semblent vouloir recommencer; mais tout aussitôt il s'arme du fameux pinceau qui fait l'effet inverse de celui produit par la baguette de Moïse.—*Journ. de méd. de Bordeaux.*

Traitement de l'acné hypertrophique du nez.—On trouve presque toujours, en même temps que l'acné rosacée du nez, une hypertrophie de cet organe. On est en présence d'une augmentation du tissu conjonctif, qui conduit peu à peu à une difformité permanente.

Il y a déjà quelques années qu'Hebra déclara que le traitement le plus actif du lupus consiste à faire des ponctions avec la pointe de deux scalpels liés ensemble. Le Dr SANGSTER, médecin dans la division des maladies de la peau de l'hôpital de Charing Cross, a fait construire un instrument très convenable pour appliquer cette méthode de traitement. C'est une sorte de scalpel à plusieurs lames portées par un manche unique. M. Herbert Stowers a souvent traité par des scarifications locales la congestion veineuse entourant les papules d'acné hypertrophique. Après qu'on a frictionné soigneusement le nez avec de l'eau aussi chaude que le malade peut la supporter, l'opérateur le presse pendant plusieurs minutes entre le pouce et l'index de la main gauche, puis fait une ponction rapide avec l'instrument, perpendiculairement à la surface. La compression diminue notablement la douleur. Le nombre des ponctions doit varier avec la gravité du cas. L'auteur rapporte ensuite trois cas de sa pratique dans lesquels ce traitement produisit d'excellents effets. Il dura sept mois; les nombres des ponctions pratiquées furent: 15.758, 11.150, 52.200. Le nombre par chaque séance varie naturellement d'après le degré de sensibilité du sujet. En général, la moyenne est de 500 à 3,000. L'opération est suivie d'un gonflement inflammatoire qui disparaît de lui-même et très vite. L'intervalle moyen entre chaque opération est de cinq jours à une quinzaine. Le traitement consécutif consiste à badigeonner la surface avec de la vaseline de manière à la protéger contre l'air froid, précaution indispensable, surtout en hiver. Jamais l'auteur ne s'est trouvé en présence d'aucune complication. Dans tous les cas, il a obtenu, au contraire, des résultats satisfaisants; il les attribue à la déplétion locale obtenue par ce procédé. Les vaisseaux qui n'ont pas complètement perdu leur tonalité la recouvrent, et, par suite de leurs contractions ultérieures, la vascularisation de la peau est notablement diminuée. Les piqûres laissent des cicatrices imperceptibles.—*British Med. Journal.*—*Paris médical.*

La phosphatine Falières assure la formation régulière de l'enfant chez les femmes enceintes qui en font usage pendant tout le temps de la grossesse.

Sous l'influence de ce régime, le lait de nourrice, d'habitude si pauvre, s'enrichit et devient apte à faire croître l'enfant en bonne santé.

FORMULAIRE.

Sirop de dentition.—*Vigier.*

P.—Chlorhydrate de cocaïne.....	2 grains
Sirop simple.....	3 drachmes
Teinture de safran.....	10 gouttes

M.—Faire plusieurs fois par jour des frictions douces sur les gencives endolories.—*Gazette hebdomadaire.*

Diarrhée chronique.—*Dr J. Vose Solomon.*

P.—Acide nitrique dilué.....	½ drachme
Solution de Battley.....	1 “
Teinture de gentiane.....	¼ once
Infusion de gentiane.....	4½ onces
Eau de menthe, q.s. pour.....	8 “

M.—Dose : Une once, trois fois par jour.—*British Medical Journal.*

Hémorrhoides.—*Fordyce-Barker.*

P.—Extrait de coloquinte comp.....	12½ grain
Extrait de jusquiame.....	1¼ “
Poudre d'aloès.....	5 “
Poudre d'ipecac.....	1½ “
Podophylline.....	1½ “

M.—Faites une pilule, à prendre le soir, au coucher, et répéter le lendemain matin, s'il est nécessaire.—*Canadian Practitioner.*

Métrorrhagie rebelle.

P.—Ergotine de Bonjean.....	45 grains
Poudre de rue.....	22 “
Poudre de sabbine.....	22 “

M.—Faites 30 pilules.

Dose : Deux pilules par jour, augmentant jusqu'à quatre, si besoin.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*

Hypersensibilité de l'urèthre.—*S. W. Gross.*

P.—Bromure de potassium.....	1 drachme
Bicarbonate de soude.....	15 grains
Infusion de digitale.....	½ once
Sulfate d'atropine.....	1/60 grain

M.—A prendre en une seule dose, au coucher.—*College and Clinical Record.*

Fièvre hectique.—*S. W. Gross.*

P.—Acide sulfurique aromatisé.....	20 gouttes
Sulfate de quinine.....	3 grains
Sulfate de fer.....	2 “

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, NOVEMBRE 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le *seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est **M. N. LÉGARÉ.**

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Traitement de la variole.

Un préjugé assurément regrettable a cours actuellement dans le public au sujet de l'épidémie variolique, et, si nos informations sont exactes, nous avons lieu de croire que la profession médicale en général ne cherche peut-être pas assez à combattre ce préjugé. Nous voulons parler du traitement de la variole, traitement que beaucoup de gens estiment inutile et pour lequel ils ne se mettent pas en frais de demander les secours de l'art. Il ne se passe pas de jour, en effet, que nous n'entendions dire, même par des personnes qui devraient être bien autrement informées : " Il n'y a rien à faire contre la *picotte*. Il faut que ça fasse son temps (*sic*), et si l'on doit en mourir, la science n'y peut rien faire." Aussi sommes-nous bien rarement requis de donner nos soins aux variolés, du moins est-ce le cas dans la pratique civile. On parlera bien des mesures prophylactiques à prendre pour empêcher la maladie de s'étendre aux autres membres de la famille ; on songera à la désinfection et à l'isolement des malades, mais le traitement proprement dit de la variole est la plupart du temps mis de côté comme un hors-d'œuvre. On comprend que cela ne devrait pas être, et que la profession médicale devrait faire tout en son pouvoir pour combattre les préjugés qui ont cours à ce sujet dans le public.

Ces réflexions nous sont suggérées à propos d'articles publiés récemment dans quelques journaux scientifiques concernant le traitement de deux formes très graves de variole (la forme hémorragique et la forme confluyente) qui sont particulièrement négligées, peut-être par le fait même de leur gravité.

Dans un travail communiqué à la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* et publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, M. le Dr R. de Saint-Philippe examine avec soin la question du traitement de la variole confluyente. "N'y a-t-il pas moyen, se demande-t-il, de faire quelque chose pour ces malades si cruellement atteints? Doit-on se croiser les bras devant cette horrible éruption et se contenter de faire l'histoire naturelle du mal, en attendant que le laboratoire révèle la lésion? Mais non. La thérapeutique est un devoir, si ce n'est pas tout à fait une science, et l'on cherche, en subissant les idées de son temps (dont il faut être), quelque moyen nouveau qui fasse mieux que les anciens dont on connaît et dont on a épuisé toute la liste....."

Tout en admettant que les excitants diffusibles doivent constituer le traitement par excellence de la première période de la maladie, l'auteur ne croit pas que l'on doive s'en tenir aux seuls toniques quand va survenir la suppuration, et c'est alors qu'il préconise l'emploi du salicylate de soude, qui agirait dans ces cas en vertu de ses propriétés sédatives sur le pouls et la température, et par son action sudorifique.

Plus de soixante observations de variole confluyente traitée par la salicylate de soude sont rapportées par M. de Saint-Philippe. On y voit que sous l'influence du médicament, le pouls et la température subissent une décroissance parallèle; le délire se calme vite, le sommeil revient, l'appétit reparait rapidement. Mais le phénomène qui frappe plus que tous les autres, celui que l'on observe davantage et qui importe le plus, c'est, dit l'auteur, la diminution, l'arrêt, l'avortement, la transformation du travail pathologique de la peau. Les varioleux ainsi traités suppurent moins et suppurent bien moins longtemps. Chez deux des malades observés, la dessiccation des pustules a été considérablement hâtée par des lotions au salicylate de soude (10 p. 100) sur les parties suppurantes.

M. de Saint-Philippe commence l'administration du salicylate de soude du quatrième au cinquième ou sixième jour, l'éruption une fois faite, et le donne à dose de 100 à 140 grains par jour pour l'adulte, et de 70 à 100 grains pour les enfants. Il alimente ses varioleux dès les premiers jours, et nous croyons que c'est là un point trop négligé dans le traitement de toute variole. Nous avons pour habitude de permettre au malade de manger *suivant son appétit*, même à la période de suppuration, et n'avons jamais eu lieu de le regretter. Dans une maladie qui tend à amener la mort par asthénie, l'alimentation devient d'une importance extrême et doit marcher de paire avec l'administration des médicaments.

Le Dr Alberto Nazzari vient de publier une thèse dans laquelle il conseille l'usage de la térébenthine contre la variole hémorragique. Les observations qu'il rapporte ne sont peut-être pas très concluantes au point de vue des effets *curatifs* de l'essence de térébenthine, mais on y voit que depuis le début de ce traitement, presque tous les malades atteints de cette forme de variole, qui n'étaient pas reçus *in extremis* et qui pouvaient supporter cette médication, quelques-uns guérirent, et les

autres arrivèrent à une étape de leur maladie dépassant bien le terme ordinaire. Il est donc bien évident que la médication térébenthinée a du bon et que si les résultats ne sont pas aussi satisfaisants qu'on le pourrait désirer, ils suffisent à nous faire douter de la vérité de l'axiome de Kaposi : le pronostic de la variole hémorrhagique est absolument fatal.

Bureau national de vaccine.

Nous concourons pleinement dans les vues exprimées par M. le Dr. Palardy (de St-Hugues) au sujet de l'établissement d'un Bureau national de vaccine. Il y a déjà longtemps que la chose devrait être faite.

Depuis le commencement de l'épidémie variolique que nous traversons actuellement, il s'est opéré une certaine réaction dans les idées de nos gouvernants. On commence à ouvrir les yeux sur la nécessité qu'il y a d'organiser sur une meilleure base le service de la santé publique, objet, jusqu'ici, d'une médiocre sollicitude de la part des législatures. La nécessité de centraliser, autant que possible, les pouvoirs administratifs pour ce qui concerne les choses de l'hygiène s'impose également à l'esprit, et la réaction dont nous venons de parler finira peut-être par nous doter d'un Bureau central d'Hygiène composé d'une commission de médecins compétents choisis dans les diverses provinces et dont le siège sera à Ottawa. Dans chaque province il devra en outre y avoir un Bureau local relevant du Bureau central et dont les pouvoirs seront limités à chaque province respective. A leur tour, les Bureaux locaux auraient soin de voir à l'établissement de Comités de santé dans les principales villes et municipalités des provinces, tout comme cela se fait dans la province de Québec depuis quelques mois. Quand les choses en seront venues là, nous espérons que l'une des premières questions dont le Bureau fédéral devra se saisir sera celle de l'établissement d'un institut vaccinal. Nous en avons un besoin très réel et très pressant, et en eussions nous été dotés au début de l'épidémie actuelle, nous n'aurions pas eu à enrégistrer d'aussi navrants désastres.

Il est de fait que, pour ne parler que de Montréal, il s'est fait très peu de vaccination de 1878 à 1884. D'une part, les déclamations de l'école anti-vaccinatrice avaient soulevé les préjugés populaires contre la vaccine. D'autre part, les médecins se voyaient dans l'impossibilité de vacciner vu l'absence de vaccin recommandable. L'épidémie montréalaise de 1877 n'ayant pas suffi à faire ouvrir les yeux à nos gouvernants, il est probable que, en face d'une épidémie qui, de Montréal, va s'étendre à toute la province on sera plus avisé et moins négligent.

M. le Dr Palardy s'élève avec raison contre le commerce de la lymphé vaccinale. Pour notre part nous n'avons guère à nous louer du vaccin acheté dans certaines pharmacies; il y a eu insuccès sur presque toute la ligne, et nous savons nombre de médecins qui pourraient en dire autant. Ce vaccin, nous disait-on, venait des États-Unis, de Boston ou d'ailleurs, peu importe, et l'on calculerait difficilement toutes les sommes d'argent qui sont passées de la sorte à l'étranger, et dont la moitié aurait suffi à nous pourvoir d'un institut vaccinal de premier ordre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LEE.—*The Physiological effects of Massage*.—Translated from the German of Reibmayr, by Benj. Lee, M.D., Philadelphia.

CRAIG.—*Miscellaneous Reprints*, by James Craig, M.D., Jersey City.

DULLES.—*A new bandage for fixation of the Humerus and Shoulder-Girdle*, by C. W. Dulles, M. D.

CALDWELL.—*A Study of Epilepsy*, by J. J. Caldwell, M.D., Baltimore.

BYFORD.—*Observations on the cause and treatment of infantile Eczema and allied eruptions*, by H. T. Byford, M.D., Chicago.

WATSON.—*The therapeutics of high temperatures in young children*, by W. Perry-Watson, M. D., Jersey City.

An address on Cholera Infantum, by W. Perry Watson, M.D., Jersey City.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's office, United States Army. Authors and subjects. Vol. VI Heastie, Insfeldt—Washington. Government printing office, 1885.

Ce volume comprend 7,900 titres d'auteurs, représentant 2,543 volumes et 7,250 pamphlets. Il comprend en outre 14,590 titres de sujets de livres et pamphlets distincts et 35,290 titres d'articles de publications périodiques.

Il est en tout analogue aux volumes précédents et digne du plus colossal et du plus bel ouvrage de bibliographie qui existe.

DOLLEY.—*The Technology of Bacteria investigation*, by C. S. Dolley, M. D., Boston, L. E. Cassino & Co., 1885, Montréal—Dawson Bros.—Prix \$2.00.

Ce petit ouvrage est un traité complet sur la matière. Dans une première partie, l'auteur étudie les diverses formes vivantes des bactéries, il décrit les méthodes, aussi variées que nombreuses, mises en usage pour ce que l'on peut appeler la *récolte* des Bactéries, la préparation des pièces histologiques et leur examen au microscope. Puis, il passe successivement en revue les expériences de culture et d'inoculation ou de vaccination.

La seconde partie est consacrée à l'étude approfondie des méthodes servant à la recherche des différentes variétés de micro-organismes, v.g. les microbes du choléra, de la morve, du rouget des porcs, de l'hydrophobie, de la lèpre, de la fièvre paludéenne, de la septicémie, de la syphilis, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, du choléra des poules, de la diphthérie, de l'érysipèle, du furoncle, de la gonorrhée, etc.

Enfin, la troisième partie est consacrée au formulaire indispensable à qui veut se mettre au courant de cette technologie.

L'ouvrage entier est fort bien fait et doit trouver sa place dans la bibliothèque de tous ceux qui tiennent à suivre de près les progrès des études microscopiques. La partie typographique ne laisse rien à désirer.

NOUVELLES MÉDICALES.

—M. le professeur Osler, de Philadelphie, est chargé, dit-on, de donner les *Cartwright Lectures*, dans le cours de l'hiver prochain.

—Le 1er septembre dernier, on a publié une nouvelle édition de la *Pharmacopée Britannique*.

—Les anti-vivisectionnistes viennent de faire un prosélyte dans la personne de Lawson Tait, le gynécologue anglais bien connu. *What next?*

Nécrologie.—A Josseron (Oise, France), M. Ch. ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de Médecine de Paris; à Paris, M. Ernest BAUDRIMONT, professeur de pharmacie chimique à l'École supérieure de Pharmacie.

Le Choléra.—Il y a lieu d'espérer, d'après les dernières nouvelles que nous transmettent nos échanges d'Europe, que l'épidémie cholérique touche à son terme en France et bientôt aussi en Espagne et en Italie. Elle aura surtout été localisée aux rivages de la Méditerranée.

La Variole.—La variole continue ses ravages à Montréal. D'après le rapport officiel du Dr Laberge, officier de santé, le chiffre de la mortalité (Montréal et banlieue) s'est élevé à 354 pour la semaine terminée le 29 octobre. Il est de la dernière évidence que nous en avons pour tout l'hiver et même davantage. Dans un an la population montréalaise pourra être divisée en trois classes: les *variolés*, les *vaccinés* et les *vaccino-variolés*.

—L'association médicale canadienne se réunira l'an prochain, à Québec. Voici les noms des officiers élus pour l'année courante: *Président*, Dr Holmes, de Chatam. *Vice-Présidents*: Dr Sloan, de Bath (Ontario); Dr C. Sewell, de Québec (Québec); Dr. Earl, de St Jean (Nouveau Brunswick); Dr. Wicknire, de Halifax (Nouvelle-Ecosse); Dr. Brett, de Winnipeg (Manitoba); *Secrétaire-Général*: Dr. J. Stewart, de Montréal; *Secrétaires locaux*: Dr. Wishant, de London (Ontario); Dr. J. Bell, de Montréal (Québec); Dr. D. Lunan, de Campbelltown, (Nouveau-Brunswick); Dr. Almon, de Halifax (Nouvelle-Ecosse); Dr. Good, de Winnipeg (Manitoba); *Trésorier*: Dr. Sheard, de Toronto.

MARIAGE.

GERMAIN-LAURENT —A Montréal, mercredi, le 28 octobre, M. le Dr I. Avite Germain, de St-Vincent de Paul, (comté de Laval), à Mademoiselle Albina Laurent, fille aînée de M. l'échevin M. Laurent.