

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires: Continuous pagination.

LA GAZETTE MEDICALE DE MONTREAL

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

VOL. I.

MONTREAL, AVRIL 1887.

No 3.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOTEL-DIEU.—M. le Prof. HINGSTON.

(Recueillie par C. T. MOREL DE LA DURANTAYE, M.B.)

Ablation du sein

MESSEURS,

Les maladies malignes du sein sont-elles, depuis quelques années, devenues de plus en plus fréquentes ; ou bien cette fréquence est-elle plus apparente que réelle à cause du grand nombre de patientes qui viennent de toutes les parties du continent, suivre le traitement de cet hôpital? Il s'écoulera probablement encore bien des années avant que notre pays soit en possession de statistiques constatant si les maladies du sein augmentent en nombre, *pari passu*, avec le chiffre toujours croissant de la population, ou si, comme quelques-uns le prétendent, et pour des causes non encore déterminées, les maladies de cet organe se rencontrent dans une proportion plus forte, comparativement à l'augmentation de la population. Dans tous les cas, vous avez pu constater avec moi qu'il ne se passe guère de semaine sans qu'on ait l'occasion de revenir sur cette question de l'ablation du sein.

Messieurs, s'il était donné à vos devanciers qui occupaient vos places il y a vingt ou vingt-cinq ans, s'il leur était donné, dis-je, de revenir aujourd'hui suivre les cliniques de cet hôpital, ils ne pourraient s'empêcher de remarquer que mon enseignement, au moins sur ce

sujet, a subi une grande modification. En général, dans les cas où je dois intervenir comme chirurgien, je deviens de plus en plus conservateur ; mais j'avoue que, pour ce qui est du sujet qui nous occupe, j'opère maintenant sur des cas auxquels je n'aurais pas alors osé toucher. Depuis ce temps, la maladie, il est vrai, n'a pas changé ; mais c'est l'appréciation que j'en faisais qui a changé. Souvent je ne me décidais d'opérer qu'après des instances réitérées de la part de la malade que j'avais d'abord dissuadée de recourir à ce moyen peu rassurant pour elle, et dans maintes circonstances, le résultat était plus heureux que je ne l'avais promis aux intéressées et que je ne l'avais espéré moi-même. Dans ces cas apparemment désespérés, j'en suis venu, peu à peu, à considérer le couteau d'un plus grand secours, que je ne l'avais cru d'abord, et depuis lors le *nil desperandum*, murmuré aux oreilles d'une pauvre patiente, a fait luire à ses yeux un rayon d'espérance qui, parfois, n'a pas été sans réalisation. En voici un exemple :

Cette femme que vous avez devant vous et que l'on mettra à l'instant sous l'influence du chloroforme pour une opération d'un autre genre, m'a été envoyée il y a quatre ans, souffrant d'un carcinome du sein, de nature squirreuse. Un choc reçu de son enfant qu'elle allaitait avait développé en quelques mois une sensation de malaise qui devint bientôt plus prononcé. Plus tard on put percevoir par sa dureté, l'existence d'une nouvelle formation, et ce n'est qu'après un laps de temps considérable que cette patiente vint me consulter. La tumeur était alors très dure ; la glande mammaire affectée ne glissait plus sur le muscle pectoral avec autant de facilité que celle du côté opposé. Il y avait rétraction marquée du mamelon, et l'on pouvait sentir plusieurs nodosités dans le creux axillaire.

Au moyen d'une double incision elliptique de la peau, j'enlevai le sein et avec lui les glandes axillaires ainsi qu'une partie considérable du grand pectoral.

J'étais satisfait de tout, excepté de la dernière partie de l'opération. J'ai même dit aux assistants que si la maladie revenait, ce serait dans cette partie du muscle que j'avais épargnée.

Il ne s'était pas écoulé quatre mois que l'on pouvait déjà sentir, dans la partie musculaire de la poitrine, une masse dure et adhérente à la peau. J'eus encore recours au couteau, enlevant cette fois, par une incision circulaire, une grande partie de la peau qui recouvre le grand pectoral ; de là par une simple incision portée jusqu'à la lèvre antérieure de la coulisse bicipitale de l'humérus, j'enlevai en totalité le muscle grand pectoral en le détachant d'abord de son insertion sur l'humérus et le ramenant sur la poitrine ; puis par une dissection méthodique je le séparai successivement des aponévroses du muscle

oblique externe de l'abdomen, du sternum, des cartilages costaux, et de la clavicule.

La maladie, comme vous le voyez, n'a pas récidivé.

En principe, l'excision partielle d'un organe atteint de maladie maligne est condamnable. Je vous ai toujours dénoncé comme une erreur l'ablation partielle de la langue quand la substance musculaire en est affectée, ou la résection d'un os dans un cas de maladie maligne. Il en est de même du sein. J'ai toujours été opposé à l'ablation partielle de cet organe, même lorsqu'il n'est affecté que dans sa partie la plus externe et la plus superficielle, et cela pour des raisons purement anatomiques. Le sein possède une structure glandulaire composée ; il est lobulaire, pour ainsi dire, mais ses lobes ne ressemblent pas tout-à-fait à ceux d'une orange auxquels on les a si souvent comparés. Les lobes du sein sont séparés par du tissu conjonctif et non par du tissu fibreux. Cet arrangement facilite l'extension du processus morbide d'un lobe à un autre. Chez la vierge, jeune ou vieille, la substance du sein est plus compacte ; les fibres en sont plus denses et plus intimement entrelacées. Après l'époque de la ménopause, il arrive une rétraction du sein comparable à celle qui survient chez plusieurs personnes après chaque période menstruelle, mais avec cette différence que la rétraction du sein, après la ménopause, est permanente, les structures vésiculaires disparaissent et le sein lui-même s'atrophie. Pendant l'allaitement, le tissu conjonctif qui unit les différents lobes du sein devient plus lâche et permet la contraction ou la dilatation de l'organe selon qu'il se vide ou se remplit de sa propre sécrétion. Ces conditions sont cependant purement relatives ; elles ne retardent ou ne hâtent l'extension de la maladie d'un lobe à un autre, que dans une mesure peu considérable. On pourrait se dispenser d'en tenir compte, pour ce qui regarde l'opportunité de l'intervention chirurgicale. Il y a une chose certaine : la maladie se propage et quelquefois rapidement ; de sorte que la plus petite partie doit être considérée comme le tout au point de vue de l'opération.

Dans les maladies malignes du sein, opérez aussitôt que possible, sans cependant que ce soit au détriment d'un diagnostic bien mûri. Pour la détermination de la nature des affections chirurgicales, le gonflement du sein est, suivant moi, celle qui requiert le plus de soin et de prudence, lorsqu'il s'agit de pratiquer une opération. Les élèves finissants de cette année comme ceux des années précédentes, à qui l'on permet généralement d'exercer ici leur sens du toucher, reconnaîtront avec moi qu'il n'y a pas de question sur laquelle il existe une plus grande divergence d'opinions. L'un diagnostiquera un kyste, l'autre un sarcome ; celui-ci croira à un névrôme ou à un angiôme, tandis qu'un

certain nombre supposera l'existence d'un lipôme, d'un fibrome ou d'un myxôme.

Si cela peut en consoler quelques-uns, je vous déclarerai que les diagnostics que je fais en votre présence, et dont vous pouvez vous-mêmes sans retard constater ou non l'exactitude, souvent me coûtent beaucoup d'anxiété, malgré une expérience d'au-delà d'un tiers de siècle et l'avantage incalculable de plus de vingt-cinq ans passés dans cet hôpital. Malgré cela, j'éprouve quelquefois de grandes difficultés avant d'arriver à une conclusion plus ou moins certaine sur la nature d'un gonflement localisé à la base du sein. Parfois il m'a fallu laisser au temps le soin de compléter mon diagnostic. J'ai entendu, une fois, un chirurgien distingué lecturer sur les signes diagnostiques des tumeurs du sein. Une patiente est amenée à l'amphithéâtre; les symptômes qu'elle présente sont ceux d'une maladie maligne, et l'on déclare l'ablation nécessaire. On donne le chloroforme, et l'on pratique une incision dans toute l'étendue de la tumeur. Au lieu d'une masse squirreuse, on découvre un abcès chronique entouré d'une exsudation ferme et épaisse.

Je vous l'ai déjà dit, et vous répéterai encore souvent, que, pour cette maladie, et à part l'histoire du cas, votre plus précieux élément de diagnostic réside dans le sens du toucher pour l'éducation duquel une vie entière n'est pas de trop.

Je n'entrerai pas aujourd'hui sur la question générale du diagnostic des tumeurs du sein, mais, un mot sur l'examen des tumeurs supposées :

Faites le palper aussi délicatement et en aussi peu de temps que possible; rappelez-vous toujours qu'une simple inflammation, une mastite, peut, avec le temps, dégénérer en un produit de nature maligne.

Quant à l'intervention chirurgicale dans ces affections, je dis donc : opérez de bonne heure; répétez l'opération aussi souvent que la partie malade et suspecte peut être complètement circonscrite; soyez sans pitié pour tous les tissus en contact avec la partie affectée, quand même ils n'auraient pas encore pris la maladie. N'enlevez pas seulement le sein, mais la peau qui le recouvre, si elle est envahie, ainsi que le tissu conjonctif qui l'entoure et le tissu adipeux qui le tapisse. Prolongez l'incision jusqu'au creux axillaire, et bien qu'à travers la peau vous n'y sentiez pas de glandes indurées, ouvrez largement cette région. De suite pénétrez jusqu'au niveau des vaisseaux axillaires et *work outwards* comme on dit en anglais, évitant de les arracher du plan sur lequel ils reposent. Ne vous aventurez pas en aveugle dans toutes les directions avec la crainte toujours présente à

l'esprit de blesser un nerf, une artère ou une veine. Cette dernière est celle que vous devrez chercher d'abord et aussitôt que vous l'avez atteinte, revenez sur vos pas, enlevant toutes les glandes indurées à droite et à gauche, à mesure qu'elles se présentent.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE INFANTILES.

DISPENSARE DE LA PROVIDENCE.—M. le Dr J. ASSELIN.

Broncho-pneumonie

(Leçon recueillie par J. H. BASTIEN, B. M.)

MESSIEURS,

Le sujet de cette leçon est de la plus haute importance. La maladie à décrire est très capricieuse dans son étiologie, dans ses symptômes et dans sa marche. Son nom seul (broncho-pneumonie) vous fait présenter un étalage de symptômes difficiles à saisir, à comprendre et à interpréter. C'est surtout dans ces cas qu'il ne faut pas craindre de faire des examens répétés; la description des symptômes vous en donnera la raison.

ETIOLOGIE.—La broncho-pneumonie est une des affections que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique infantile, attaquant de préférence les enfants âgés de moins de deux ans, puis devenant avec les années de plus en plus rare. Elle est presque toujours secondaire, se développant dans un grand nombre d'états morbides, entre autres : dans la bronchite, la grippe, la rougeole, la fièvre typhoïde, la coqueluche, le croup et plus rarement dans la variole. Les enfants atteints de sclérème, de muguet, de rachitisme, de scrofule, d'érysipèle, paient un large tribut à cette maladie. L'encombrement, l'air vicié peuvent la déterminer; ce qui explique les sinistres ravages que cette maladie exerce dans les hôpitaux spécialement consacrés aux enfants, ou dans des maisons trop étroites pour le nombre des familles qu'elles abritent. S'il vous a été donné de faire la visite à domicile avec un médecin du dispensaire, vous avez pu juger par vous-mêmes combien l'hygiène est maltraitée dans ces parages. L'arche de Noë si bien nommée et que vous connaissez tous sans doute, doit être présente à votre esprit; c'est un exemple entre mille. D'après Damaschino, l'altération du sang contribuerait beaucoup au développement de la broncho-pneumonie. Léger attribuait le même résultat au *decubitus dorsal* prolongé.

Quoique l'action du froid ait été contestée par un grand nombre d'auteurs, elle n'en est pas moins réelle : Descrozzilles, Cadet de Tassicourt, Rilliet et Barthey ont observé que les variations de température pouvaient faire naître et développer cette maladie. De ce fait, dans certains cas, découlerait donc l'existence d'une broncho-pneumonie primitive. Cette étiologie si chargée vous dévoile de suite l'importance et la gravité de ces lésions pulmonaires.

SYMPTOMES.—Le début de cette maladie est des plus insidieux et passe souvent inaperçu. Nous avons vu dans l'étiologie que cet état morbide est généralement secondaire et apparaît dans le cours de la bronchite, la rougeole, la coqueluche, etc., etc. Votre attention se portera donc sur cette maladie, lorsque dans ces différents cas, vous constaterez de l'exagération respiratoire. La broncho-pneumonie se présente sous deux aspects principaux que nous décrirons séparément. Dans le premier cas, c'est la dyspnée qui domine, dans l'autre c'est un état inflammatoire offrant quelques points de ressemblance avec la pneumonie primitive franche. La première variété, que l'on appelle bronchite suffocante, bronchite capillaire, a pour caractère essentiel, pour symptôme dominant, la dyspnée. La respiration dès le début devient difficile, l'inspiration est pénible et quelquefois les enfants sont obligés de saisir les barreaux de leur couchette pour s'en faire un appui, afin de venir en aide aux muscles respiratoires. L'expiration est difficile et exige de grands efforts, les muscles de l'abdomen se contractent fortement et compriment les viscères. Bouchut a donné à ce mode respiratoire le nom de *respiration expiratoire*. Quand la dyspnée est poussée à un degré extrême, à l'orthopnée, le rythme de la respiration est changé. Voici le tableau qu'en fait Damaschino : “ Dans ces cas “ la série des mouvements paraît commencer par l'expiration qui se fait “ brusquement et pendant laquelle les viscères abdominaux semblent “ rentrer dans le thorax, puis à cette violente expiration succède brus- “ quement une inspiration puissante et brève pendant laquelle le dia- “ phragme se contracte énergiquement et chasse de nouveau les viscères “ abdominaux en même temps qu'il détermine un profond sillon costal. “ L'air qui a pénétré ainsi reste emprisonné pendant un temps relati- “ vement assez long, puis on voit se reproduire la série des mouve- “ ments inspiratoire et expiratoire que nous venons de décrire.” “ On “ perçoit, dit le même auteur, à chaque respiration une sorte de *heu* “ très sec et strident qui permet parfois de faire à distance le dia- “ gnostic de la broncho-pneumonie.”

Le mouvement respiratoire est très accéléré ; on compte 50, 60, même 80 respirations chez les jeunes malades. La température s'élève d'une manière assez notable ; mais n'atteint que rarement 40° centi-

grades (104° Fahrenheit). Dans quelques cas il y a de la transpiration, le pouls est plein, tantôt rapide, tantôt ralenti à certaines heures du jour. La toux plus ou moins intense s'observe dans tous les cas; elle est courte, sèche, douloureuse quelquefois quinteuse, sans que la voix soit rauque, excepté toutefois dans le croup.

La douleur de côté manque le plus souvent chez les enfants au-dessous de deux ans. D'après Barrier on ne l'observe que de 6 à 15 ans. Dans ces cas, selon Damaschino, il faut songer à l'existence possible d'une pleurésie. Cependant les enfants ressentent des douleurs; mais elles sont dues à la dyspnée, à la toux et ont pour siège l'épigastre et les hypocondres. L'expectoration est rare, les enfants avalent leurs crachats; ce n'est qu'à la suite de quintes violentes qu'ils rejettent parfois des mucosités épaisses et jaunâtres. En général les crachats ne diffèrent pas beaucoup de ceux de la bronchite. A l'auscultation, on entend des râles sous-crépitants, ronflants, sibilants dans toute l'étendue de la poitrine ou seulement à la base. Ces râles, dans la même journée, augmentent ou diminuent d'abondance et souvent à plusieurs reprises. Il y a diminution du murmure vésiculaire et parfois une légère sub-matité. On observe quelquefois, mais rarement, du souffle et de la matité en un point limité; le plus souvent on ne constate pendant la durée de la maladie, que des râles sous-crépitants fins et les *ronchus* des grosses bronches. Le souffle est très mobile. Si, dans ces cas, vous prenez la louable habitude d'examiner vos petits malades, vous serez étonnés de trouver le matin, par exemple, ces signes stéthoscopiques dans un point du thorax, et le soir dans un autre.

Cette mobilité est caractéristique de la broncho-pneumonie; vous ne la rencontrez jamais dans les autres affections pulmonaires. "Elle est probablement, disent D'Espine et Picot, en rapport avec la mobilité de la congestion et de l'aectasie pulmonaire." Au milieu du jour, dans certains cas, et dans les intervalles d'accès de suffocation, les enfants paraissent moins souffrants et sont même parfois assez joyeux; mais le soir la fièvre s'allume, l'oppression devient plus forte, les petits malades sont très agités et ont même parfois du délire.

Chez les plus jeunes, la somnolence domine le plus souvent, ils arrivent plus vite à la période d'asphyxie.

MARCHE.—La marche de la maladie est rapide quelle qu'en soit l'issue. Laissez-moi vous citer textuellement la description si nette, si précise sur le fait, qu'en ont faite D'Espine et Picot. "Quand la maladie suit une marche fatale, les symptômes de l'asphyxie deviennent de plus en plus évidents, les pommettes deviennent violacées, la figure est d'un blanc mât. L'enfant cherche encore à lutter par moments, il ait quelques violents efforts pulmonaires, puis ne tarde pas à s'en-

dormir ; la respiration devient alors très rapide et superficielle, elle s'accompagne parfois d'un râle qu'on entend à distance. La toux devient plus rare et moins énergique, le pouls filant et excessivement fréquent, le cri faible, le regard éteint ; l'enfant tombe dans le coma ou est pris d'une attaque convulsive ; d'autres fois, il conserve sa connaissance jusqu'au dernier moment, souvent il se dresse en sursaut dans son lit comme pour en sortir, puis retombe lourdement. La respiration devient toujours plus superficielle et imperceptible et s'arrête enfin ; le regard devient fixe et profond, et le calme de la mort succède à l'anxiété et aux contorsions de l'agonie. La mort survient en général du cinquième au huitième jour, beaucoup plus rarement au troisième jour de la maladie. ”

Si, malheureusement, vous avez de ces cas, plus tard, vous relirez sur votre petit malade cette sombre mais trop fidèle description.

Lorsque la maladie tend à la guérison, la dyspnée décroît, la toux augmente de force et de fréquence, le pouls se relève et les enfants reviennent à la santé, d'autant plus promptement qu'ils ont été plus brusquement attaqués. Par malheur, nous verrons, lorsque nous parlerons du pronostic, que la terminaison heureuse est peu fréquente.

FORME INFLAMMATOIRE.—Dans cette variété, ce sont les symptômes fébriles qui occupent le premier rang. Le début est toujours marqué par une élévation considérable de la température, qui peut même dépasser 104° Fahrenheit. La respiration est rapide, mais ne dépasse pas 40 à 50 par minute ; par conséquent, la dyspnée est beaucoup moins forte que dans la forme capillaire ; de plus, on rencontre rarement les accès de suffocation qui se présentent dans cette dernière. Pendant les premiers jours, la température se maintient élevée ; mais bientôt on observe de fortes rémissions le matin, et la fièvre prend le type rémittent qu'elle conservera pendant tout le cours de la maladie. Le pouls est plein, vibrant, rapide, sa fréquence est de 130, 140 et même 150 par minute. Dans cette forme il n'y a pas de défervescence véritable ; mais il peut arriver que le niveau de la courbe thermique s'élève et s'abaisse plusieurs fois pendant la durée de l'affection. Le retour de la température à la normale est lent quand l'issue doit être favorable ; à tel point qu'un brusque abaissement, qu'une subite élévation du thermomètre assombrissent alors d'une manière sérieuse le pronostic. La toux qui est d'abord sèche, ne tarde pas à devenir humide et grasse, et l'expectoration se fait plus facilement que dans la forme suffocante. L'examen stéthoscopique nous donne des râles sous-crépitants puis nombreux à la respiration ; de plus des râles sibilants et ronflants. On les entend soit disséminés dans l'un ou l'autre poumon, soit dans les deux, soit dans toute leur étendue, ou bien à la base et en arrière.

Le souffle en général, succède aux râles et est accompagné de bronchophonie et de submatité. Ces signes stéthoscopiques s'entendent de bas en haut et sont plus intenses d'un côté que de l'autre. Le souffle peut faire défaut dans les cas où la maladie n'occupe qu'une petite portion du poumon et qu'elle est séparée de l'oreille par une lame de poumon sain.

MARCHE.—La marche de la broncho-pneumonie à forme inflammatoire est très capricieuse. A l'état aigu, la maladie évolue plus lentement que dans la pneumonie franche et ne présente pas, comme elle, de jours critiques. Sa durée est d'une à deux semaines. Vous constaterez souvent des rémissions qui vous feront croire à une prochaine guérison ; mais souvent des exacerbations fébriles viendront renverser l'espoir que vous fondiez sur ces améliorations passagères et trompeuses. Ces exacerbations, suivant Liemsen, correspondent à de nouvelles poussées inflammatoires dans le poumon. " On dirait, suivant l'ingénieuse comparaison de d'Espine et Picot, un incendie mal éteint, dont la flamme se ranime chaque fois qu'elle trouve une issue ou un nouvel aliment. "

A l'état subaigu, la durée peut être de deux mois ; sans observer surtout cette marche languissante à la suite de la coqueluche. La fièvre est peu vive, l'enfant est insensible à tout ce qui l'entoure, à ses parents comme à ses jouets. L'appétit est nul et ce n'est qu'à force d'instances qu'on le décide à prendre quelque nourriture. L'enfant maigrit considérablement, ses membres sont grêles, décharnés tandis que sa figure est gonflée, bouffie. Il y a sécheresse, dureté de la peau qui est souvent le siège de pustules d'ecthyma, qui peuvent, d'après Liemsen, se transformer, par le grattage, en ulcérations rebelles au traitement, et qui occupent de préférence le pourtour du nez et des lèvres.

TERMINAISON.—Pour être fatale, elle n'en est pas moins lente à venir, et ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que les enfants succombent ou dans le marasme ou par asphyxie progressive.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, cette dernière n'arrive que fort lentement, à cause des rechutes qui surviennent si fréquemment. Les enfants renaissent à la vie peu à peu, par degrés presque insensibles et restent longtemps faibles. Leur figure est triste et semble conserver comme un reflet de la tombe.

PRONOSTIC.—Par ce qui précède, vous ne serez pas surpris de l'extrême gravité de la maladie dont nous venons de reproduire à grands traits les principaux caractères. Quelque forme qu'elle affecte, votre pronostic devra toujours être réservé. Ne désespérez pas la famille ; mais mettez-vous à l'abri de tout blâme en restant dans une

sage réserve. Vous êtes en présence d'une maladie toujours sérieuse et d'autant plus grave qu'elle prend naissance dans le jeune âge. Chez les nouveau-nés, elle ne pardonne jamais, quoiqu'on fasse. Après trois ans, elle n'est pas toujours funeste quoiqu'elle soit toujours très grave. Dans la première année, suivant Liemsen, la mortalité est de 50 0/0. D'après Barthel elle serait encore plus forte. Roger, sur 199 cas, n'a obtenu que 52 guérisons. Lorsque la maladie succède aux maladies épidémiques, infectieuses, les dangers de mort sont bien plus grands.

Ainsi à la suite de la coqueluche, la mortalité est de 50 0/0, d'après Licnisen ; le même auteur fixe à 33 0/0 la mortalité dans les cas succédant à la rougeole ; elle serait pour lui la moins meurtrière ; mais cependant il faut bien remarquer que les broncho-pneumonies qui apparaissent avec l'éruption rubéolique sont généralement fatales. Pour Descroville, la guérison est rare à la suite de cette affection. La broncho-pneumonie qui éclate dans les deux ou trois jours après la trachéotomie, dans les cas de croup, est toujours mortelle. Plus la date de l'opération est éloignée, plus les chances de guérison sont grandes. " Pour Balzer, le croup est une des maladies dans lesquelles la broncho-pneumonie, cause le plus de décès. " La guérison, à partir de la troisième année, est beaucoup plus fréquente ; au-dessus de six ans la mortalité ne serait que d'un sixième d'après Roger. Toutes les causes débilitantes antérieures, rachitisme, scrofule, habitation malsaine, alimentation insuffisante ou de qualité inférieure, encombrement, aération défectueuse, sont autant de jalons malfaisants placés sur la route de cette terrible maladie.

Les symptômes de mort prochaine, sont : l'abaissement de la température, la coloration bleuâtre des extrémités et des lèvres, le teint plombé du visage, la cessation de la toux, la rapidité et l'extrême faiblesse des pulsations radiales, leur irrégularité et leur inégalité, les convulsions, le coma, le râle trachéal. Le symptôme asphyxie est plus à craindre dans la forme inflammatoire que dans la forme suffocante de la broncho-pneumonie. Malgré tout ce qu'il y a de désolant dans le pronostic, il ne faut cependant jamais mettre bas nos armes thérapeutiques, car plusieurs auteurs consciencieux, entre autres Rilliet et Barthéy, ont assisté à de véritables résurrections, dans des cas qu'ils croyaient à jamais perdus. Dans une maladie où il est toujours question d'un combat acharné entre la vie et la mort, le médecin ne doit s'avouer complètement vaincu, que devant la tombe.

DIAGNOSTIC.—Nous venons de voir combien sont obscurs les premiers symptômes de la broncho-pneumonie. Le caractère généralement secondaire qu'elle revêt, les signes physiques si inconstants

qu'elle présente, la marche capricieuse qu'elle suit, rendent le diagnostic des plus embarrassants. Une interprétation fautive dans ces cas, serait des plus préjudiciables à vos petits malades et à votre réputation. Essayons donc aujourd'hui de jeter un peu de lumière dans cette obscurité. Le profond abattement, la prostration d'un enfant atteint de fièvre typhoïde pourrait faire croire un instant à la broncho-pneumonie. Mais il est important de se rappeler que cette fièvre est toujours primitive. Il est vrai qu'elle se complique parfois de broncho-pneumonie ; mais ce n'est que dans le cours de la deuxième semaine, alors que la bronchite est à son apogée que la maladie se déclare. En outre, les antécédents, la marche de la température, les symptômes généraux de la fièvre typhoïde, seront autant d'arguments sérieux en faveur de cette dernière. Dans certains cas à invasion brusque accompagnée de fièvre vive, la broncho-pneumonie, dans les premiers jours, peut simuler les allures de la pneumonie primitive, l'erreur vous sera facile, si l'enfant est trop jeune pour expectorer ; si les parents ou les gardes ne peuvent vous donner des renseignements précis sur le début de l'affection et si surtout la maladie n'affecte qu'un seul lobe et qu'un seul poumon. D'un autre côté, vous reconnaîtrez qu'il y a broncho-pneumonie par le caractère rémittent de la fièvre, par le siège du souffle et de la matité. L'auscultation et la percussion vous montreront que ces deux signes se font sentir de bas en haut sans s'étendre du côté de l'aisselle, comme dans la pneumonie franche. Ajoutez à ces symptômes l'absence de défervescence aux jours critiques et vous pourrez admettre la broncho-pneumonie. Le diagnostic sera beaucoup plus difficile à faire si la broncho-pneumonie survient à la suite de la coqueluche. Dans ce cas, la marche est subaiguë ; la faiblesse, la maigreur, la cachexie du petit malheureux, peuvent vous faire croire à la tuberculose aiguë du poumon. Si l'enfant n'a pas d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux, vous devrez songer plutôt à une broncho-pneumonie ; mais si vous constatez de l'albumine dans les urines, ne déterminant pas d'anasarque, et si d'autre part la dyspnée n'est pas en rapport avec les signes que vous remarquez à l'auscultation, vous affirmerez la tuberculose.

TRAITEMENT.—Dans la question du traitement de la broncho-pneumonie, nous devons toujours nous rappeler que cette affection est secondaire et par conséquent adopter un traitement prophylactique. Ainsi chaque fois que dans le cours d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une bronchite simple même, la respiration s'accélère notablement et devient embarrassée, un vomitif est de rigueur.

Le médicament que vous emploierez de préférence chez les enfants sera l'Ipécacuanha, parcequ'il déprime moins les forces et qu'on peut

le répéter à intervalles assez rapprochés, sans épuiser son petit malade. Vous pouvez prescrire comme suit :

R. Poudre d'Ipécacuanha grs. vj.
Sirop d'Ipécacuanha ʒj.

Une cuillerée à thé toutes les dix minutes, jusqu'au vomissement. Cette formule est applicable aux enfants de la première année. Vous devez prendre aussi tous les moyens hygiéniques à votre disposition : chambre bien aérée, température douce, uniforme ; évitez l'encombrement, proscrire les visites inutiles et fatigantes. Des fumigations émollientes, des révulsifs aux extrémités inférieures et sur la poitrine rendront ici de grands services. Les nourrissons devront être fréquemment changés de position, afin d'empêcher la stase sanguine à la base des poumons ; quant aux enfants plus âgés, il est préférable, chaque fois qu'il est possible de le faire, de leur permettre un exercice modéré dans la maison, tout en les surveillant bien attentivement. Le régime sera doux et réglé, il consistera en lait, bouillon, chocolat, œufs. Si malgré tous ces moyens, la broncho-pneumonie se déclare, il faudra redoubler d'attention et suivre la maladie dans sa marche capricieuse, afin d'être toujours prêts à la combattre. Inutile, ici, de songer à un traitement systématique, ce serait faire fausse route. Nous sommes dans ces cas les serviteurs de la maladie, et nous devons obéir à la lettre aux orûres qu'elle nous donne, quelques bizarres qu'ils soient.

Posons d'abord, comme principe général que nous ne devons jamais rien faire qui puisse déprimer les forces de notre malade. Ainsi, pas de saignée, pas de contre-stimulants tels que le tartre stibié, le kermès, pas de vomitifs, car la plupart du temps, ils n'agissent qu'imparfaitement chez les enfants déjà affaiblis par une maladie antérieure. La digitale que l'on a conseillée à hautes doses comme anti-pyrétique ne convient pas ; les narcotiques ne sont indiqués que dans les cas où il nous est impossible d'en agir autrement, par exemple, l'anxiété ; la souffrance est telle qu'il serait inhumain de ne pas essayer au moins de la soulager. Dans ces circonstances, d'Espine et Picot conseillent le laudanum de Sydenham, goutte par goutte chaque fois qu'il y a urgence. Ces auteurs considèrent le chloral comme très dangereux dans cette maladie. Rilliet et Barthémy ont préconisé les bains tièdes. Ces moyens peuvent être bons dans une certaine classe de la société, mais en général, ils ne sont pas possibles et vous devez les éviter ; pour la plupart du temps, malgré leur utilité bien reconnue, vous hâteriez la fin malheureuse de votre malade par l'ignorance ou la maladresse, non seulement des gardes, mais des parents mêmes. J'en dirai autant de l'enveloppement dans un drap mouillé, conseillé par Bartel et Wyss. Si la fièvre

est excessive et la toux difficile, vous pourrez employer la teinture d'aconit à la dose d'un demi-drachme à un drachme, dans une potion que vous donnerez par cuillerées à thé ou à soupe, suivant l'âge, toutes les heures. Vous retirerez de grands avantages de l'emploi des stimulants de la respiration, entr'autres, la polygala-sénéga à la dose de grs xx à 5j dans une infusion de deux à trois onces; le carbonate d'ammoniaque à la dose de 4 à 10 grains et plus par jour. Dans les cas où il y a fièvre lente et menaces d'asphyxie, on a conseillé le musc à la dose de 6 à 10 grains par jour dans un loch. De tous les stimulants, celui qui nous rend le plus de services est l'alcool, qui, donné en temps opportun, vous conduira à des résultats étonnants. Quand l'asphyxie se montre, prescrivez-le hardiment à larges doses souvent répétées. Ce traitement par l'alcool ne doit pas être absolu, ni méthodique. Si vous l'adoptiez isolément il tromperait souvent vos espérances. La médication extrême vous sera d'un grand secours. Les vésicatoires volants seront employés chaque fois que l'auscultation vous révélera de la matité et du souffle à la partie inférieure des poumons. On peut se servir dans le même but des sinapismes, des liniments térébenthinés, etc. Dans la convalescence, la première indication est de soutenir les forces; le quinquina, les ferrugineux, l'huile de foie de morue, les viandes saignantes seront ordonnés et produiront de merveilleux effets. Et pour en finir, le changement d'air et l'observation de toutes les lois hygiéniques aideront d'une manière efficace au rétablissement de votre jeune client.

A TRAVERS LA PRESSE ANGLO-AMÉRICAINE.

La *Gazette Thérapeutique* de Détroit pour le mois de mars, que nous venons de recevoir, contient un sommaire des observations du professeur Wm Osler maintenant à Philadelphie, sur le médicament connu sous le nom d'*Antifébrine*. Cet article, comme du reste tous ceux du savant professeur est plein d'intérêt et ses conclusions sont basées sur une étude suivie et approfondie de cet agent thérapeutique.

L'*antifébrine* est un composé chimique dont la formule est $C_6 H_5 C_2 H_3 O H N$ —et le nom Acétanilide. C'est une poudre blanche insoluble dans l'eau froide, mais soluble dans l'eau chaude, et l'alcool. Le goût n'est pas désagréable, et la dose est de 8 à 10 grs. Les doses plus fortes n'empoisonnent pas, mais il est prudent de ne pas dépasser 30 grs par jour.

Son action principale porte sur la température. Sur un bon nombre de cas il y eut rémission de deux degrés dans les deux premières heures après l'administration du médicament ; quelques-uns manifestaient des résultats encore plus remarquables et le thermomètre marquait une descente de 3 à 5 degrés.

Sur le pouls, il y avait aussi un effet assez marqué, sans cependant aucune débilité cardiaque, mais au contraire une augmentation de la tension artérielle, accompagnée de diurèse.

Sur la peau l'action de l'antifébrine se manifeste par une diaphorèse très profuse, et parfois un peu débilitante.

Enfin la condition générale s'améliore et le malade généralement éprouve une grande tranquillité qui le porte au sommeil.

Nous aurons donc dans l'antifébrine un médicament des plus précieux, vu que son action, plus certaine que celui de la quinine, est en même temps exempte des effets du quininisme. Espérons le voir introduire dans notre pays, où son plus grand mérite ne sera pas le prix si modéré auquel il se vend.

Le même journal parlant de l'usage du chanvre indien dans les dysentéries, vante beaucoup ses effets. Nous sommes bien de cet opinion, et nous avons constaté son utilité non seulement dans les dysentéries mais aussi dans les diarrhées chroniques. Les doses de la *Gazette* nous semblent un peu fortes : 20 gouttes ; il nous semble que 2 à 5 gouttes peuvent rencontrer tous les besoins du praticien.

Le *New-York Medical Record* du 12 mars publie un travail de la plus haute importance de M. le Dr Wm Henry Porter qui a été lu devant l'académie de médecine, et qui a pour titre la *Syphilis pulmonaire* dans ses rapports avec la production de la phthisie. D'après cet auteur les lésions spécifiques des poumons sont très fréquentes; et en même temps productives de beaucoup de cas de consommation. Après avoir décrit la nature et la forme des manifestations syphilitiques, le conférencier est arrivé aux conclusions suivantes :

1^o ETIOLOGIE.—Les lésions pulmonaires que l'on peut attribuer à la syphilis sont très communes, le plus souvent chez les femmes, et de 30 à 40 ans. La maladie est dans ces cas généralement héréditaire.

2^o PATHOLOGIE.—L'affection se manifeste ordinairement à la pointe des poumons, des deux côtés en même temps, et ressemble à l'action tuberculeuse.

3^o DIAGNOSTIC.—Les cas se reconnaissent :

(1^o) Par l'abondance de l'expectoration dans les symptômes ordinaires de ramollissement du poumon.

(2^o) La débilité marquée sans cause apparente et peu d'émaciation.

(3^o) Une dyspnée prononcée, sans évidence d'obstruction cardiaque ou pulmonaire.

(4^o) Œdème avec douleur intense exagérée par la pression le long de la surface antérieure du sternum, et sur la crête du tibia.

(5^o) L'action de l'iodure de potassium sur ces cas.

4^o Le *pronostic* est excellent lorsque la cause en est reconnue à temps.

Nous n'avons pas heureusement beaucoup de cas de syphilis dans notre pays, au moins dans les campagnes, mais pour ceux qui ont occasion d'en rencontrer quelques-uns, ces remarques peuvent être très utiles. Il faut avouer cependant que tous les collègues du conférencier ne partagèrent pas en outre ses opinions sur ce sujet.

* * *

Tout le monde connaît les excentricités du Dr Wendell Halmes de Boston, tantôt poète, tantôt professeur, il vient de débiter sous un rôle nouveau. Au cours d'un article dans l'*Atlantic Monthly* il raconte son dernier voyage en Angleterre, et affirme qu'aucun remède ne lui a tant fait de bien pour son asthme qu'une certaine préparation patentée de Providence. Il va sans dire que les propriétaires en sont enchantés et vont trompeter son nom et sa recommandation par tout le pays. Nous ne contestons pas au spirituel écrivain le droit de se faire guérir par une préparation patentée, mais nous sommes un peu surpris de voir un membre de la faculté de Harvard, un citoyen de l'Athènes de l'Amérique vanter un remède dont la formule est tenue cachée.

Le *New-York Medical Record*, en parlant du traitement de la névralgie affirme qu'une anesthésie profonde de la peau peut être produite en saturant l'électrode positif d'une batterie électrique de cocaïne ou de chloroforme et en l'appliquant ensuite le long du nerf affecté. Il paraîtrait que le chloroforme surtout ainsi appliqué donne des résultats excellente dans la névralgie intercostale, et aussi dans les myalgies de la même région.—Il en a été de même des névralgies du cinquième nerf.

Le Dr Predaygi recommande une émulsion de râte dans les cas de chlorose. D'après ses observations les corpuscules rouges s'augmentent d'une manière remarquable après quelque temps d'usage de ce singulier remède. Il ne dit pas de quel animal vient l'organe ainsi administré.

MEDECINE PRATIQUE.

Traitement de la fièvre typhoïde.

Le Dr W. B. Reynolds, termine comme suit un article que nous lisons dans le *Medical Record* :

Aussitôt que je soupçonne un patient d'être atteint de la fièvre typhoïde, je lui prescris immédiatement le repos au lit en même temps que la diète lactée, les œufs légèrement bouillis, le thé de bœuf et les gelées de viandes. Je considère le repos au lit comme étant de la plus grande importance dès le début, et j'insiste particulièrement pour que mon patient conserve cette position jusqu'à une période avancée de la convalescence. Il faut exiger le repos absolu de l'esprit et du corps ainsi que la plus parfaite tranquillité. Contre la céphalalgie qui torture généralement le patient au début de la maladie, je prescris ce qui suit :

R Quiniæ valer., gr ij
 Ext. belladonæ gr $\frac{1}{4}$
 Ext. aconiti gr 176
 M.—Pour une capsule.

Dose : Une capsule toutes les 3 ou 4 heures.

Le Dr Bartholow recommande de faire suivre l'ingestion de ces capsules, d'une dose d'acide muriatique dilué ou de la préparation suivante qui dans les cas légers doit être continuée au cours du traitement :

R Tr. iodini ʒij
 Acidi cabolici (pura) ʒj
 M.

Dose : Trois ou quatre gouttes dans un verre à vin d'eau froide, trois fois par jour, après ingestion d'aliments. Le patient se trouvera bien de l'action rafraîchissante de ces médicaments et verra disparaître en même temps les troubles gastriques.

Cependant lorsque l'élément typhoïde prédomine, je préfère généralement l'acide bien dilué dans le thé de bœuf ou de graine de lin et donné à la dose de 10 à 15 gouttes trois ou quatre fois par jour.

Dans les cas de débilité, on ne négligera pas les bains d'eau tiède ou, si l'on s'en trouve mieux, d'égalles parties d'alcool et d'eau, répétés deux fois par jour. Ces bains agissent favorablement sur la peau, assurent la propreté et abaissent jusqu'à un certain point la tempéra-

ture. Il faut humecter successivement un membre puis l'autre, ainsi que les différentes parties du corps, en se mettant en garde contre les refroidissements et les courants d'air. On administre de petites quantités de breuvage froid, ou, si le patient n'est pas trop faible, de petits fragments de glace, selon son désir. Dès que la température s'élève le soir à 104° F. ou administrera la quinine à dose libérale : par exemple dix grains à 6 a.m. et autant le soir à 6 p.m. Cette quantité abaissera ordinairement la température de plusieurs degrés pendant les 48 heures suivantes après lesquelles on pourra recommencer le traitement, s'il est nécessaire.

Dans d'autres cas où la température atteindra un degré encore plus élevé, une bonne quantité de quinine réussira à l'abaisser, au grand avantage du patient. Quand la fièvre est très forte on fera bien d'essayer, comme le faisait le Dr Williamson de New-York, l'injection fréquente de petites quantités d'eau froide dans les intestins ; ce traitement facile a rendu de grands services. Les stimulants sont généralement laissés de côté jusqu'au commencement du quatrième septenaire, à moins qu'ils ne soient indiqués par une grande débilité ou des habitudes antérieures du patient. Quand il y a faiblesse du cœur, on doit administrer les stimulants selon les exigences du cas ; mais on a vu des cas qui ont très bien recouvré sans stimulant. La diarrhée excessive est facilement contrôlée avec la pilule suivante : \mathcal{R} Plumbi acetat ; Pulv. camphoræ ; Pulv. opii ; ââ , gr j. M.—A prendre à toutes les quatre heures. Au contraire, lorsqu'il y a constipation, je préfère donner de légères quantités de calomel à intervalles de deux ou trois heures, à moins que l'on redoute des lésions intestinales graves ; alors que les lavements sont préférables.

Voilà tout le traitement médical des cas les plus favorables ; mais souvent les symptômes s'aggravent : la langue devient noirâtre et très sèche ; il y a pneumatose abdominale excessive et ulcération intestinale ; il y a délire et faiblesse graves. Sous ces circonstances, l'huile de thérebenthine avec l'opium, le brandy et autres stimulants devront être administrés avec persévérance et discrétion.

Pleurésie aiguë et chronique.

Traitement suivi dans les hôpitaux de New-York.

Dans les cas de pleurésie aiguë, on institue, au début, le traitement suivant :

L'opium sous une forme quelconque, de préférence la poudre de Dover ou une injection hypodermique de la solution de Majendie, aura un effet double, il calmera les douleurs et les manifestations nerveuses et

empêchera dans une certaine mesure la détermination du sang vers les plèvres enflammées.

L'on gardera les intestins libres par un purgatif salin, et l'on appliquera sur le thorax des sizapismes ou des fomentations de térébenthine.

Comme les mouvements des poumons causent une douleur pénible durant l'inspiration, l'application d'un bandage adhésif immobilisera le côté affecté et soulagera le patient. On administrera la Tr. d'aconite à la dose de 1 à 2 minimes toutes les quinze minutes pendant 2 heures, puis toutes les 2 heures jusqu'à ce que le pouls présente une cédatation marquée. Durant les 24 premières heures, on donne la quinine à la dose de grs X toutes les six heures. Si la maladie se complique d'épanchement, on donnera un diurétique tel que :

Sacch. alb.,
Potass. bitart., ââ ʒj
Aquaë, Oj
M.—ʒj ad libitum.

On continue les cathartiques salins, et l'on fait des applications iodées. Une autre application en usage consiste à couvrir la paroi thoracique de ponctions faites au moyen du cautère de Paquelin et renouvelées tous les deux jours.

On administrera les toniques et on les continuera jusqu'à la troisième période ; la formule en usage se lit :

℞ Strychniæ. sulph., gr j
Liq. Potass. arsenitis, ʒij
Cit. ferri et quinîæ, ʒiv
Glycerinæ,
Aq. cinnamoni, ââ ad. ʒ viij

M.—ʒj après les repas ; on ajoute souvent : whiskey ʒj à chaque dose.

La toux complément ordinaire de la pleurésie se traite par :

℞ Morph. sulph.
Potass. cyanid., ââ gr ij
Syr. toltan.
Pruni virg. ââ ad ʒij
M.—ʒj au besoin.

On applique rarement les vésicatoires parce qu'ils sont d'une grande incommodité pour le patient et qu'ils empêchent l'examen physique de la poitrine, examen qui doit se faire tous les jours.

La paracenthèse se pratique dans le sixième espace intercostal et sur une ligne passant par le milieu de la région axillaire, lorsque l'épanchement est considérable au point de provoquer de la dyspnée ; le liquide est soutiré lentement, en arrêtant au moment où survient la toux ou quelque autre symptôme fâcheux. L'épanchement ne tourne pas à la suppuration par la simple ponction ; cette complication n'arrive que par l'usage d'instruments malpropres ou lorsque le liquide avait d'avance une tendance à la purulence.

Dans la *forme chronique* de cette maladie, l'on soumet le patient à un régime tonique, avec l'usage de diurétiques et de cathartiques doux, On continue les contre-irritants ; l'un des plus efficaces et qui offre en même temps le moins d'inconvénients se compose ainsi :

R	Ol. Tiglii	ʒij
	Ætheris	ʒiv
	Tr. iodini co. ad.	ʒij

M.—Badigeonnez avec un pinceau de poil de chameau tous les matins. Cette application produit une abondante vésication à pustules fines qui causent peu ou point de désagrément au patient. L'aspiration ne se pratique que lorsque l'épanchement retarde trop à se résorber. D'abord on soutire avec une seringue hypodermique quelques drachmes de liquide ; l'on a déjà vu que cette seule opération agissait comme stimulant du travail de résorption qui une fois commencé se continuait jusqu'à parfait épuisement du liquide. Toute théorique que paraisse cette pratique, elle a été suivie de succès et souvent elle prévient la répétition de l'opération. Toutefois il se présente des cas urgents qui requièrent une médication radicale, alors on pratique la paracenthèse. La résection se fait rarement ; la plupart du temps, on traite l'empyème par de grandes incisions et l'emploi de tubes de drainage après avoir essayé de simples aspirations.

Lorsqu'on se sert de tubes de drainage, la cavité pleurale doit être lavée tous les jours avec une solution de bichlorure de mercure au 1-1000 ou 1-5000 ou encore avec la solution de Thiersch qui se formule ainsi :

R	Acidi boracici,	ʒss
	Acidi salycilici,	ʒss
	Aquæ,	Oij

M.—Cette solution a l'avantage qu'elle ne peut causer aucun tort, quelque quantité qu'il en reste dans la cavité. Les toniques et l'air frais forment partie essentielle du traitement.

Contre les sueurs nocturnes qui accompagnent si souvent cette maladie, on donne :

R Atropinæ sulph., gr 1-120
 Acidi sulphurici arom., gtt x
 Aquæ ad., ʒi

M. — ʒj au coucher, et répété au besoin.

A l'Hôpital St-Luc, un patient atteint de *pleurésie aiguë* est soumis à la diète liquide. Cette diète consiste en lait selon le goût du patient ; ou bien encore en bouillie de riz ou de farine d'avoine. Contre les douleurs, la morphine, gr. 1-8 à 1-12. On entretient la liberté des intestins par des cathartiques doux ou plutôt salins en petites doses, au cours de la maladie.

La saignée n'est jamais pratiquée. Les dérivatifs employés sont la teinture d'iode et l'onguent d'iodure de Potassium sur le thorax. Cette dernière préparation fournit une excellente manière d'appliquer l'iode en ce qu'elle est moins désagréable au patient que la teinture.

Quand il y a épanchement, et c'est généralement ce qui a lieu lorsqu'on vient vous consulter,—vous prescrivez les diurétiques. Les plus en vogue sont le citrate ou l'acétate de potasse ainsi que l'esprit d'éther nitreux. Tout récemment on a obtenu de véritables succès par l'emploi de la glonoïne à la dose d'une goutte trois fois par jour ainsi que de la caféine, grs. v trois fois par jour. Comme antipyrétique, l'hydroquinone a supplanté l'antipyrine. On le donne à la dose de grs. xv à xx et répétée au besoin. Quelquefois lorsque l'épanchement est considérable, on a recours à la Tr. de physostigma comme diaphorétique.

Dès que l'effusion a cessé et que la résorption commence, on met son patient au régime tonique tel que l'alcool et l'huile de foie de morue, l'extrait de malt de Trommer, le citrate de fer et de quinine, la noix vomique et la teinture de chlorure de fer.

Dans la *pleurésie chronique*, on emploie la même médication : diurétiques, cathartiques et onguent d'iodure de potassium en application locale. L'iodure de sodium à la dose de grs. v *ter in die* jusqu'à grs. xx t. i. d. serait préférable au sel de potassium. L'aspiration se pratique d'abord sur une petite quantité de liquide ; s'il n'en résulte rien on fait la paracenthèse sur la perpendiculaire abaissée de l'angle inférieur de l'omoplate et on soutire le plus de liquide possible. Dans la forme suppurative de la pleurésie, le personnel de l'hôpital plus haut nommé, parle avec avantage de la résection suivie de l'emploi de tubes de drainage et d'irrigations quotidiennes au moyen d'une solution au 1-1000 ou au 1-5000 de bichlorure de mercure. Un patient de cet hôpital qui vient de recevoir son congé, a suivi ce traitement, et la guérison s'est effectuée sans la moindre difformité appréciable.

A l'Hôpital St-Vincent, la pleurésie aiguë est traitée par l'application de cataplasmes chauds et sinapisés de graine de lin, les ventouses sèches et tout récemment par l'application répétée deux fois le jour de teinture d'iode composée ou d'onguent d'iode composé. La morphine se donne contre la douleur et l'insomnie, ainsi qu'une simple mixture expectorante, si c'est nécessaire.

Les stimulants se donnent dès le début et d'après l'indication du pouls. Dans la pleurésie chronique on recommande les vésicatoires sur le thorax. L'iodure de potassium se donne à l'intérieur à dose augmentant graduellement, en commençant avec grs., vt. i. d. On pratique l'aspiration lorsque le résorbtion est tardive.

On traite l'empyème par l'aspiration, jamais par la résection, en s'appuyant sur le fait que l'aspiration donne de bons résultats au lieu que la résection des côtes laisse après elle une hideuse difformité.

Un patient atteint de pleurésie aiguë ou subaiguë et admis à l'Hôpital Presbytérien : on le soumet aux ventouses puis aux vésicatoires ; on lui donne des diurétiques, des antipyrétiques, et si on le juge nécessaire, des stimulants.

Quant à l'emploi des antipyrétiques, les médecins de cet hôpital, après avoir expérimenté sur la kairine, l'antipyrine, la thalline et l'hydroquinone, en sont revenus à l'antipyrine, et l'ont donnée sans aucune crainte de conséquence grave, prétendant qu'ils n'en ont jamais eu de fâcheux effets, et ne considèrent pas nécessaire de la combiner aux stimulants alcooliques, ni à la digitale.

Ils ont souvent remarqué qu'une éruption (*rash*) semblable à celle de la fièvre scarlatine accompagnait l'usage du l'antipyrine.

L'antipyrine est donnée ici à la dose de grs. xx répétée d'heure en heure jusqu'à concurrence de 3j.

On pratique la paracenthèse aussi souvent que la dyspnée le requiert. Les toniques tels que la quinine et le fer font partie du traitement.

Dans la pleurésie chronique on prescrit l'iodure de potassium, les contre-irritants, le cautère de Paquelin, les toniques et l'aspiration.

Dans l'empyème, on a obtenu de très bons résultats de la résection des côtes, et les patients restent avec une très légère difformité. Un malade vient de quitter l'hôpital parfaitement guéri, après avoir eu trois côtes réséquées, sans trace de difformité. La cavité a été lavée tous les jours avec une très faible solution d'acide carbolique ou borique.

Importance de la séméiotique en médecine

(Extrait de la leçon d'ouverture du cours de pathologie interne, de M. le professeur Dieulafoy, janvier 1887.)

Un jeune homme de 14 ans, peu développé pour son âge, avait, depuis quelques mois, des indigestions qui survenaient la nuit, à intervalles plus ou moins éloignés. Ajoutez à cela que cet enfant se plaignait de maux de tête, surtout au moment de ses indigestions. Sachez également que sa mère était rhumatisante, et vous ne trouverez pas trop déplacé qu'on eût porté tout d'abord le diagnostic de *dyspepsie migraineuse* chez ce jeune homme, voisin de la puberté et issu de souche arthritique. Un traitement fut institué dans lequel les alcalins et les toniques jouaient le rôle principal. Le régime alimentaire fut sévèrement surveillé ; on supprima presque totalement les aliments gras et féculents.

L'enfant dû modérer son travail intellectuel et faire beaucoup d'exercice en plein air. Mais en dépit de ce traitement, la situation s'aggravait, les maux de tête devenaient plus fréquents et plus tenaces, l'enfant avait mauvaise mine ; il perdait l'appétit, maigrissait à vue d'œil ; son caractère se modifiait et son intelligence n'avait plus la même vivacité. Alors le diagnostic prit une autre direction : la céphalalgie, les vomissements et l'amaigrissement éveillèrent des soupçons de méningite tuberculeuse ; le médecin fit part de ses craintes à la famille, et les parents, extrêmement effrayés, demandèrent une consultation.

Vous allez voir, Messieurs, qu'on s'était contenté d'enregistrer les différents symptômes sans rechercher par une enquête minutieuse de ce que chacun de ces symptômes pouvait présenter de particulier. A ne considérer que la céphalalgie, les vomissements, la déchéance physique et intellectuelle du malade, il est certain que les soupçons de méningite tuberculeuse ne paraissaient pas dénués de logique, mais en fouillant avec soin chacun de ces symptômes, vous allez voir qu'il devait s'en dégager une autre idée qui va nous aider, chemin faisant, à formuler notre diagnostic.

L'enfant—disait-on—vomissait parfois ses aliments : mais, remarquez que les vomissements n'avaient jamais lieu dans la journée : ils survenaient la nuit, brusquement, en plein sommeil, sans nausées, sans malaise, sans avoir été annoncés par aucun prodrome. Muni de ce premier renseignement—dont l'importance est capitale—le médecin consultant désirent avoir les détails les plus circonstanciés, fit appeler la gouvernante qui avait été plusieurs fois témoin des vomissements de

l'enfant ; il l'interrogea, la fit causer et finit par dégager ce fait important—dont on ne s'était pas préoccupé—que l'enfant avait si peu conscience de ses vomissements, qu'il se réveillait à peine et qu'on pouvait le laver et le changer sans qu'il en conservât, le lendemain, le moindre souvenir.

Eh bien ! Messieurs, avant d'aller plus loin, est-ce que vous trouvez que le symptôme vomissement ainsi présenté ressemble au vomissement de l'indigestion, de la migraine ou de la méningite tuberculeuse ? Nullement ; l'apparition nocturne de ses indispositions, leur soudaineté, la perte de connaissance, du sentiment, tout cela éveille bien mieux l'idée d'une autre affection, et je suis convaincu que beaucoup d'entre vous sont en train de se dire que cet état ressemble singulièrement à l'épilepsie.

C'est, en effet, dans ce but que le médecin consultant continua son enquête, et il put dégager cet autre fait important : que la céphalgie et la torpeur intellectuelle n'étaient jamais plus accusées que le lendemain de ses indispositions. Alors on fit comparaître le petit malade, qui avait eu justement son indisposition la nuit précédente, on rechercha les différents signes se rapportant à l'épilepsie, et l'on constata une très légère morsure à la langue et quelques taches ecchymotiques sur la joue droite, autour de l'œil. On apprit également que l'enfant avait eu deux ou trois fois, ces derniers temps, de l'incontinence nocturne d'urine. Ces derniers signes, la morsure de la langue, les taches purpuriques du visage, l'incontinence d'urine, étaient significatifs : associés aux autres symptômes, ils confirmaient le diagnostic et ils permettaient d'affirmer que cet adolescent, qui dépérissait depuis un an, avait, à l'issue de tous, des attaques nocturnes d'épilepsie.

A ce mot d'épilepsie, la famille se récrie et ne veut pas admettre le diagnostic ; mais les médecins exigent qu'une garde soit placée en permanence toutes les nuits près du malade pour surveiller ses moindres mouvements, et quinze jours après, il fallait bien se rendre à l'évidence, on était témoin d'une violente attaque d'épilepsie accompagné de vomissements. C'était le triomphe du diagnostic ; mais attendez la fin. Comme il n'y avait chez ses parents aucune névrose capable d'expliquer l'hérédité épileptique, et comme d'autre part il est rare que l'épilepsie vraie attende pour se produire jusqu'à l'âge de 15 ans, le médecin pensa aussitôt à la possibilité d'une épilepsie secondaire, et l'épilepsie syphilitique—la plus fréquente des épilepsies secondaires—se présenta à son esprit.

L'enquête pathogénique fut donc dirigée dans ce sens, et l'on rechercha chez cet enfant des traces de syphilis héréditaire ou acquise. On ne trouva aucun reliquat de syphilis du premier âge ; on s'adressa aux

signes qui forment la triade d'Hutchison et qui sont les témoins de la syphilis héréditaire: deux de ces signes faisaient défaut, car l'enfant n'avait jamais eu ni lésions oculaires, ni lésions auriculaires, mais les malformations dentaires étaient si typiques, si caractéristiques, qu'il n'y avait pas d'hésitation possible sur l'existence chez cet enfant d'une syphilis héréditaire dont le père, du reste, était le facteur. Dès lors, le diagnostic apparaissait dans toute sa netteté: cet enfant était atteint d'attaques nocturnes d'épilepsie syphilitique résultant d'une syphilis cérébrale héréditaire tardive.

Le traitement fut institué aussitôt dans toute sa rigueur et le résultat fut véritablement miraculeux: en quelques semaines—vous entendez bien, en quelques semaines—la situation fut entièrement modifiée: en quelques mois les attaques épileptiques et les vomissements disparurent; de la céphalalgie il ne fut plus question; l'enfant reprit son développement physique et intellectuel, et une véritable métamorphose s'accomplit. Voilà comment une erreur de diagnostic, basée sur une séméiotique mal interprétée, eût conduit cet enfant à une situation des plus graves, peut-être à l'idiotie ou à la mort, et comment le diagnostic, basé sur une séméiotique bien raisonnée, le rendit à la santé et à la vie.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

Le Dr Lervin vient de lire à la *Société de médecine de Berlin*, un travail sur les propriétés physiologiques d'un extrait résineux du Kava (*Piper mephyticum*) qui aurait une action anesthésique analogue à celle de la cocaïne. Appliqué sur la langue, cet extrait produit une sensation de chaleur, bientôt suivie d'anesthésie. Déposé dans l'œil, il provoque d'abord une vive irritation et un abondant écoulement de larmes, mais en un instant survient une anesthésie complète et durable de la conjonctive et de la cornée. De même, les injections sous-cutanées de cette substance produisent l'insensibilité des tissus voisins, sans causer aucun phénomène inflammatoire.—(*France médicale.*)

HYPNONE.—*Acétophénone, Méthylphénylacétone.*

Formule: $C_8 H_8 O$ ou $C_6 H_5 C O. C H_3$. Poids moléculaire: 120.

Préparation.—Le nom d'Hypnone a été donné à un composé obtenu par Friedell (1857) de la distillation sèche d'un mélange de benzoate et d'acétate de calcium.

Propriétés.—L'hypnone cristallise en lamelles qui à l'état de pureté, peuvent se dissoudre à une température de 20,5° C. (68,9° F.)

L'hypnone liquide est incolore, très réfringent, a une odeur persistante d'amende amère ou d'eau de laurier-cerise et n'est pas inflammable, mais rend plus intense la combustion des substances qui en sont imprégnées.

Préparations pharmaceutiques.—*Capsules d'hypnone.*—Elles contiennent deux gouttes d'hypnone et 4 à 6 gouttes d'huile d'amandes.

Sirop d'hypnone.—Hypnone 1 goutte, alcool (60 pour cent) dix-huit gouttes, sirop de fleurs d'oranger un drachme et demi.

Elixir d'hypnone.—Hypnone 1 gtt., alcool 45 gtt., sirop de menthe 45 gtt.

Action et emploi :—Dujardin-Beaumetz qui, en 1885, a décrit les propriétés de ce produit, le proclame précieux hypnotique dans les cas d'insomnie due à la surexcitation du cerveau, mais de peu de valeur s'il existe de la douleur. On a comparé son action à celle du chloral et de la paralaldéide. A la dose de 8 à 10 gouttes, il procure un sommeil paisible, mais beaucoup de personnes ont absorbé cette dose sans effet hypnotique. Son ingestion est souvent suivie de sensations chaudes au pharynx et à l'estomac, picotement des narines, toux légère, nausées et vomissements. Vigier, Limousin, Lailier et autres ont confirmé ces résultats, tandis que Hirt, Mairst et Combenvale les regardent comme de peu de valeur.—(Ext. du *National Dispensatory*).

FABIANA.—(Arbuste du Chili.)

Partie usitée : les branches.

La Fabiana possède une odeur aromatique particulière et un goût amer fort désagréable. Les expériences du Dr Busby y indiquent la présence d'un alcooïde soluble dans l'éther. La benzine en dissout environ 3 pour cent et l'éther près de 33 pour cent ; la teinture alcoolique de Fabiana donne un précipité épais avec l'eau distillée.

La fabiana est un remède populaire au Chili contre les affections urinaires : on lui a même attribué des cures de gravelle et de pierre. On l'a aussi employée contre la dyspepsie et les maladies du foie. On a constaté que la fabiana se mêle à l'urine et agit à la manière des baumes térébenthinés en protégeant ou guérissant la muqueuse des voies urinaires ; son action est nulle dans les maladies organiques des reins. Nous pourrions citer plusieurs cas de *catarrhe vésical* où son utilité a été incontestable. L'action de la fabiana dans les maladies du foie est probablement due à l'heureuse influence qu'elle exerce sur la digestion gastrique.

Mode d'administration. — La décoction se prépare en faisant bouillir $\frac{3}{4}$ j des jeunes rameaux concassés dans une pinte d'eau que l'on fera prendre en quatre potions égales dans les 24 heures ; l'extrait fluide se donne à la dose d'une cuillerée à table quatre fois par jour ; chaque dose contient $\frac{3}{4}$ ij de la plante.

FRANCISCÉE

(Arbrisseau indigène du Brésil et connue dans le commerce sous le nom de *Manaca*).

Partie usitée : la racine.

L'analyse chimique en a extrait un alcaloïde qui a été appelé *manacine* ou *franciscéine* laquelle est une base faible, a un léger goût amer, se dialyse rapidement, mais ne cristallise pas.

L'action de la franciscée a été étudiée par le Dr Brewer. Une dose de 1 à 2 drachmes d'extrait fluide administrée à un homme produisit de l'agitation que l'on combattit par la marche et qui fut suivi d'une sensation particulière de fatigue. D'après les expériences qu'il a faites sur l'homme et les animaux, le Dr Brewer résume ainsi ses observations sur la franciscée :

1° Elle a aucun effet sur le cerveau ; 2° elle n'a aucune influence sur les sens spéciaux ; 3° son action se porte surtout sur la moëlle épinière : (a) elle stimule les centres moteurs, (b) elle abolit l'action reflexe ; 4° elle déprime le centre reflexe cardiaque ; 5° elle déprime le centre reflexe respiratoire ; 6° elle stimule l'action des glandes, surtout des salivaires, gastriques, intestinales et cutanées, ainsi que du foie et des reins ; 7° la durée de son action est d'environ trois heures et demie ; 8° l'infusion de la racine renferme tous les éléments thérapeutiques de la plante.

La franciscée n'a été employée presque exclusivement que contre le rhumatisme ; après tous les renseignements que nous avons pu recueillir nous devons déclarer qu'elle a peu ou point d'effet sur la marche et la terminaison du rhumatisme articulaire et qu'on l'emploie comme bon nombre d'autres diaphorétiques, sédatifs, etc., avec plus ou moins d'avantage dans la forme musculaire de cette maladie.

Mode d'administration. — L'extrait fluide de franciscée ou manaca se donne à la dose de $\frac{3}{4}$ ss. à $\frac{3}{4}$ j.

HYDROQUINONE.

Formule : $C_6 H_4 (O H)_2$. — Poids moléculaire : 110.

L'hydroquinone s'obtient de l'aniline ou par la distillation sèche des

sels contenant les acides succinique, gentisique ou oxysalicylique. Son action est analogue à celle de la résorcine, mais elle est plus puissante. Une expérience du Dr Kinnicutt démontre que 4 grains d'hydroquinone injectés hypodermiquement excitent de violentes contractions musculaires, de la salivation, de la défécation et de la miction, du priapisme, de l'opisthotonos, des spasmes cloniques suivis d'une résolution complète. Durant les convulsions, la température prise dans le rectum s'élève à 104° et 105° F. En d'autres termes, l'action de l'hydroquinone ressemble à celle de la kairine et de la thalline. Comme elles, il tend à paralyser les oreillettes et à diminuer considérablement la tonicité des parois veineuses. Le Dr Kinnicutt trouva qu'une dose isolée de 10 à 20 grains ne produit aucun symptôme chez une personne en santé. Le pouls, la respiration et la température restent à l'état normal. Une dose de 40 grains est suivie en dix minutes d'un sentiment de pesanteur de tête et de vertige qui disparaissent en quinze minutes.

Seifert trouva que 15 à 90 grains d'hydroquinone par jour exercent une influence antipyrétique favorable et sans exacerbation, dans la *fièvre typhoïde*, la *pneumonie*, la *scarlatine*, la *pleurésie* et la *phthisie*, et qu'ils maintiennent la lucidité de l'esprit et des sens. Dans la fièvre typhoïde, une dose de 15 grains amène une chute de température de 1.8° à 3.6° et quelque fois plus. Le Dr Kinnicutt confirme ses observations dans des cas de tuberculose générale, d'érysipèle et de septicémie et fait remarquer la cédation du pouls et de la respiration en même temps que celle de la température. Il faut observer que ce médicament rend l'urine vert-brunâtre ou brune foncée.

Nous concluons que l'hydroquinone est un anti-pyrétique sûr et efficace, mais qu'il n'entrave ni n'abrége le processus fébrile spécifique. On peut donc le ranger dans la liste des agents qui ont été employés dans le même but, mais dont l'utilité réelle pour le traitement des affections fébriles n'a jamais été démontrée.

L'hydroquinone a été donné à la dose de 15 à 20 grains pour contrôler les exacerbations fébriles dans la phthisie. Lorsqu'il y a tendance à une haute température constante, comme dans la pneumonie, on peut répéter cette dose trois ou quatre fois dans les 24 heures. En injection rectale, la dose est double de celle qui est prise par la bouche.

MENTHOL.

Formule: $C_{10} H_{20} O$. Poids moléculaire: 156.

Le menthol est préparé avec l'huile de Menthe qui est elle-même distillée de la Menthe Poivrée des Etats-Unis.

Le Menthol forme des aiguilles cristallines incolores qui en masse prend une couleur blanche ; s'ils sont soumis à une congélation rapide les cristaux deviennent déliés, étoilés et d'un lustre satiné. Ils fondent à 107.6° F. et se résolvent en un liquide incolore dont le point d'ébullition est à 413.6° F. Le Menthol possède le goût et l'odeur si agréable du *peppermint*, produisant, si l'on aspire l'air en contact avec lui, une sensation de fraîcheur. Le Menthol se dissout difficilement dans l'eau, mais bien dans l'alcool, l'éther, le chloroforme et les autres dissolvants des huiles volatiles ; les solutions n'offrent pas de réaction sur le papier de tournesol. Porté à l'ébullition avec de l'acide sulphurique dilué dans la moitié de son volume d'eau, le Menthol prend une coloration bleu-indigo ou bleu-marin ; l'acide devenant brun. Le Menthol pure se volatilise entièrement par la chaleur du bain-marie. En contact avec le thymol, il devient liquide. Trituré avec son poids de chloral à 95° F. il se produit un liquide huileux et incolore soluble dans l'alcool, la benzine, le chloroforme, l'éther et le bisulfure de carbone.

On peut employer le Menthol toutes les fois que l'huile de Menthe poivrée est indiquée ; il faut ajouter que le Menthol par sa forme solide n'offre que peu d'avantage sur l'huile de Menthe poivrée. Comme elle et quelques autres huiles essentielles, comme les contre-irritants, les anodins, le Menthol est un palliatif de la *névralgie* superficielle. On l'emploie contre le prurit anal, l'eczéma, le zona, les piqûres d'insectes, les brûlures et écorchures superficielles, les clous, les furoncles et autres affections analogues. On a tenté son emploi dans le but d'éteindre la sensibilité du pharynx et du larynx dans les opérations et manipulations en rapport avec ces parties, mais il ne remplace pas la cocaïne. Pour quelques-unes de ces applications, on peut le mêler à la cocaïne ou au chloral.

PHORMIUM

Extrait de Lin ou Chanvre de la Nouvelle-Zélande ; n'a pas été soumis à l'analyse chimique.

Le Dr Monckton s'est servi d'une forte décoction de Lin de la Nouvelle-Zélande comme pansement dans toutes sortes de solutions de continuité, telles que *lacérations* et *amputations*. Comme elle se détériore rapidement par la fermentation, il ajouta pour chaque pinte de la décoction, environ une once d'acide carbolique et de glycérine en parties égales. Un tampon de ouate ou de charpie imbibée de cette décoction et maintenue constamment sur la partie arrête l'hémorrhagie la plus opiniâtre. Tel que constitué par l'addition de l'acide carbolique, le Phormium donne des résultats qu'il serait injuste de mettre au

crédit de l'un ou de l'autre des éléments, mais qu'on ne peut incontestablement refuser à leur mélange.

URÉTHANE (action physiologique)

Le Prof. Coze, de Nancy, résume comme suit l'action physiologique de l'Uréthane, le nouvel hypnotique dont nous avons parlé dans notre dernier numéro :

- 1o L'Uréthane a une action hypnotique très marquée, relâche les muscles et à hautes doses provoque l'anesthésie.
- 2o Il déprime le pouls, la respiration et abaisse la température.
- 3o Bien que légèrement irritant, on peut l'employer en injection hypodermique.
- 4o Il ne trouble pas la nutrition, ni les liquides de l'économie.
- 5o L'Uréthane est l'*antidote physiologique* de la *strychnine*.
- 6o On devrait le prescrire dans tous les cas de convulsion, particulièrement dans le *tétanos*.

TERPINE.

Formule : $C_{10} H_{20} O_2$.

Hydrocarbure extrait de la térébenthine.

Propriétés physiques :—Poudre blanche, peu soluble dans l'eau, assez soluble dans l'alcool.

Dose :—Grs iv à x.

La terpine est appelée à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des affections pulmonaires, surtout dans la *phthisie catarrhale*, l'*hémoptysie* et la *bronchite chronique*.

Voici comment s'exprime à ce sujet M. le professeur Germain Sée :

1.—La terpine diminue et arrête presque instantanément l'expectoration dans la forme catarrhale de la phthisie. Soit que les sécrétions muco-purulentes viennent des bronches irritées par la présence des tubercules ou des parois des cavités pulmonaires ; soit que la maladie soit à son début, ou à la phase de désagrégation purulente ou encore que les cavernes soient déjà formées, la terpine produit son effet salutaire même lorsque la formation du pus est suffisante pour fatiguer le malade, épuiser les forces ou causer l'émaciation.

2.—On prescrira la terpine avec succès contre l'hémoptysie de la première période de la tuberculose : c'est-à-dire lorsque la maladie n'a pas encore développé de grandes cavités, avec anévrismes des artères pulmonaires.

3.—Dans le traitement des catarrhes pulmonaires, des bronchites chroniques non dépendantes de l'asthme, et ne produisant la dyspnée que par l'obstruction des bronches, l'administration de la terpine cons-

titue le meilleur procédé à suivre pour diminuer l'hypersécrétion bronchique.

4.—L'action de la Terpene est prompte, sûre et exempte de troubles physiologiques ; ce qui rend la terpene préférable aux préparations de sirops de térébenthine ou de goudron, de bourgeons de pins et même à l'essence de térébenthine qui n'est pas tolérée. Elle a même l'avantage sur la créosote, à cause de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité.

5.—Le meilleur mode d'administrer la Terpene consiste à la mettre en pilules ou en teinture ; la dose ordinaire est d'un gramme (grs xv).

6.—Dans l'asthme catarrhal, emphysémateux ou nerveux, qu'il ne faut pas confondre avec le catarrhe primitif, l'iode et la pyridine ont encore une supériorité incontestable.—*Bulletin de l'Académie de Médecine.*—*Journal American Medical Association.*

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE.

Rhumatisme articulaire aigu.

La pommade suivante est en grande faveur à l'Hôpital Bellevue, N.-Y., contre les douleurs du rhumatisme articulaire aigu :

R Hyd. chloral.,	ʒj	ʒ b
Acid. salicyl.,	ʒjss	
Ung. stramonii,	ʒj	

M.—Appliquez sur les articulations affectées.

Rhumatisme articulaire aigu.—(Formule de A. J. CONGER.)

R Potassii iod.,	ʒijss
Tr. cimifugæ,	ʒjss
Vin. sem. colchic.,	ʒj
Ext. hyosциami fl.,	ʒss
Syr. simplicis,	ʒv

M. Une cuillerée à thé bien diluée toutes les 4 heures.

Ulcérations chroniques.

Le Dr Tait préconise l'usage de la cantharide contre les ulcérations chroniques.

A l'intérieur il donne :

R Tr. cantharidis,	gtt xij
Pot. iod.,	ʒss
Tr. cinchonæ co.,	ʒj
Aquæ,	ʒvij

M. Deux cuillerées à table trois fois par jour.

A l'extérieur :

R Tr. cantharid., gtt xij
 Acid. nit. dil gtt xx
 Tr. cinchonæ co., \bar{s} xij
 Aquæ, \bar{s} j

Pruritus Vulvæ.

R Aluminii nitrat. gr xxiv
 Aquæ, \bar{s} iv

M. Lavez les parties affectées une ou deux fois par jour et employez en injections vaginales.

Gerçures du Mamelon.

R Plumbi nit., gr x—xx
 Glycerinæ, \bar{s} j

M. Appliquez après chaque tétée ; on doit toujours laver le mamelon avant de donner le sein à l'enfant.

Le Dr Playfair préconise la formule suivante :

R Acid. sulphur., \bar{s} ss
 Glyc. acid. tannic., \bar{s} ss
 Aquæ, \bar{s} j

M. Appliquez après que l'enfant a bu.

Le Dr Barnes préfère la pommade suivante sur le sein préalablement lavé :

R Liquor. plumbi, \bar{s} j
 Pulv. calaminis prep., \bar{s} j
 Glycerin., \bar{s} j
 Vasin., \bar{s} vij

Aménorrhée.

R Tr. ergotæ, \bar{s} ij
 Syr. croci, \bar{s} ss
 Decoc. aloë co., \bar{s} ss

M.—Une cuillerée à thé trois fois par jour.

Diphthérie.

Nouvelle méthode de traitement (Dr R. J. Nunn).

1° Donnez l'antiseptique constitutionnel dont voici la formule :

R Hydrarg. biniodidi, gr j
 Aquæ, \bar{s} vij
 Pot. iodidi, \bar{s} j

M.—5 à 6 gouttes toutes les dix minutes pour un enfant de 5 ans.

Si le malade dort, on lui administre le remède avec une plume.

2^o Deux ou plusieurs fois par jour, enlever les exsudats de la gorge, des fosses nasales au moyen d'une solution de peroxyde d'hydrogène ou autres résolutifs convenables.

3^o Appliquer sur les exsudats de la papayotine ou autres agents possédant des propriétés analogues.

4^o Laissez le patient en repos pendant une demi-heure.

5^o Reprenez le traitement interne.

6^o Dans l'intervalle employez localement une solution éthérée d'Iodoforme.

7^o Les stimulants et les aliments substantiels seront la base du traitement.

8^o A mesure que l'amélioration se fait on diminue le nombre des applications locales et des doses de l'antiseptique constitutionnel.

ILLUSTRATIONS MÉDICALES

NÉLATON

Second fils d'un capitaine de la garde, le docteur Nélaton naquit à Paris le 17 juin 1807. Il avait deux ans, et commençait à peine à bégayer le nom de son père, lorsque celui-ci fut tué par une balle autrichienne sur le champ de bataille de Wagram.

Sa première enfance se passa auprès de son frère et de sa mère qui jouissait d'une jolie fortune.

A dix ans il entra au collège.

Après de bonnes études universitaires, poussé par sa vocation plus que par sa famille, il embrassa la carrière médicale, et, passant par tous les grades, tour à tour bénévole, externe et interne, il fut reçu docteur en 1836.

Le jour même de sa thèse, avec sa vie d'étudiant, Nélaton enterra aussi sa vie de garçon, et épousa une jeune héritière qui lui apporta une magnifique dot évaluée 70,000 livres de rente.

Bien d'autres, se trouvant à la tête d'une aussi brillante fortune, auraient bien vite laissé la médecine pour vivre dans un doux *far niente*, libres et indépendants ! Mais Nélaton, riche d'argent, voulut aussi être riche de titres et de distinctions. Il voulut affronter les concours, et se livra dans ce but à de nouvelles études, que sa mauvaise santé le força souvent d'interrompre, en mettant plusieurs fois sa

vie en danger. Cependant celle-ci s'améliorant, à force de soins, il reprit ses travaux qui furent récompensés par une double nomination d'agrégé et de chirurgien des hôpitaux.

En 1852, s'ouvrit à la Faculté un concours pour une chaire de clinique chirurgicale.

Nélaton entra en lice, et eut à lutter contre plusieurs concurrents. Tous les candidats témoignaient des études approfondies, des connaissances sérieuses et un jugement sain ; mais aucun n'offrait, il faut bien le dire, rien d'extraordinaire, et ce concours n'eut pas ce côté brillant et séduisant qui avait caractérisé celui entre Velpeau et Lisfranc, dans lequel on fut obligé de donner aux candidats une épreuve supplémentaire et décisive.

Nélaton sortit vainqueur de la lutte, et dut sa victoire beaucoup à ses protections, sans doute, mais aussi un peu à la supériorité de ses épreuves comme méthode et netteté d'exposition.

Professeur de clinique chirurgicale, Nélaton fut élu, en 1856, membre de l'Académie de médecine, le lendemain d'une superbe partie de campagne, à laquelle il avait convié la majeure partie des académiciens.

Sa réputation commença à s'étendre dans la capitale, où il eut vite une nombreuse et brillante clientèle. Mais sa renommée universelle, sa vraie popularité date de 1862, époque à laquelle il fut appelé auprès de Garibaldi.

Cet épisode a fait trop de bruit dans le public, et a trop compté dans la vie du grand chirurgien pour ne pas trouver ici sa place. Aussi bien plusieurs personnes ne connaissent que très-imparfaitement cet événement sur lequel existent plusieurs versions contradictoires.

C'était après Aspromonte : le général Garibaldi avait été blessé au pied par un coup de feu.—La balle, après avoir traversé la botte et le bas, avait pénétré dans le pied.

Depuis deux mois, il était à Spezzia, étendu sur un lit de douleur, en proie à d'horribles souffrances physiques, auxquelles venaient encore se joindre les douleurs morales. MM. Cypriani, Ripari, Albanese,—ses médecins ordinaires,—avaient plusieurs fois sondé la plaie pour savoir si la balle s'y trouvait ou non. Tous niaient sa présence dans le membre : seul Cypriani *supposait* qu'elle y était encore, mais n'osait l'affirmer.

Cependant l'état du général devenait de jour en jour plus inquiétant.

Après les savants italiens on fit appel aux médecins étrangers.

On manda le docteur Patridge. Le chirurgien anglais,—doué d'un désintéressement tout britannique,—se rendit auprès du général, mais exigea qu'on lui payât *d'avance* les frais du voyage et le prix de la consultation, qui fut ainsi formulée : " IL N'Y A PAS DE BALLE DANS CE PIED."

Après l'Angleterre, ce fut la Russie que l'on mit à contribution dans la personne du docteur Périgoff, qui confirma l'opinion de Patridge, tout en étant cependant moins intéressé que lui.

Alors eut lieu une consultation générale dans laquelle il fut décidé qu'on devait faire l'amputation. Garibaldi en fut informé et refusa net de subir cette opération, voulant encore consulter un chirurgien français.

M. Nélaton fut choisi et mandé aussitôt par dépêche auprès du général. Le célèbre chirurgien partit de suite pour Spezzia où il arriva le 28 octobre au matin, — cinquante-neuf jours après la blessure.

“Après avoir consolé son illustre malade, Nélaton procéda à l'examen du pied.

“A l'aide d'un stylet, écrivait-il, j'explorai la plaie. Arrivé à une profondeur de deux centimètres et demi, je trouvai un corps résistant, dur, rendant à la percussion un bruit sourd, très-différent de celui qui résulte du contact avec le tissu compact nécrosé, et ne donnant pas non plus l'idée d'un frottement sur la surface rugueuse du tissu spongieux. En inclinant le stylet je dépassai l'obstacle et trouvai une résistance osseuse à une profondeur de cinq ou six centimètres.

“Le premier obstacle était évidemment la balle. Je le déclarai au général, et lui offrit de s'en assurer par lui-même. A cet effet, je lui donnai un stylet, muni à son extrémité d'un morceau de porcelaine de Sèvres à surface rugueuse. Le général l'introduisit lui-même dans la plaie, y trouva l'obstacle, contre lequel il appuya fortement le stylet, puis le retira. Le morceau de porcelaine n'était plus blanc, mais recouvert d'une mince couche noirâtre à l'aspect métallique, et que l'analyse démontra n'être autre chose que du plomb.

“Plus de doute la balle était là !

“Le général me pria de l'enlever immédiatement. Cela était possible, sans doute, et l'opération, simple, du reste, aurait eu l'avantage de calmer des impatiences, et de donner satisfaction à bien des aspirations plus généreuses que réfléchies.”

Un dénoûment longtemps attendu et obtenu dans quelques instants, avait bien quelque chose d'attrayant.

Le célèbre chirurgien crut devoir procéder autrement. “Car, ajouta-t-il, il aurait fallu faire des incisions qui auraient agrandi et enflammé la plaie. Je voulus dilater graduellement le canal de la plaie jusqu'à la balle, par des cylindres de racine de gentiane de volumes de plus en plus grands ; puis, le jour où le canal aurait eu le diamètre de la balle, saisir celle-ci simplement à l'aide d'une pince à anneau.”

Du reste, le lendemain devait avoir lieu une consultation de dix-sept médecins, et il eut été pour le moins peu convenable à Nélaton de

faire ainsi une opération sans leur décision. D'un autre côté, ne pouvant rester jusqu'au lendemain, rappelé qu'il était à Paris par un télégramme, il rédigea sa consultation et repartit le soir même pour la capitale.

Le 29, la consultation eut lieu.

Chacun persista—naturellement—dans son opinion. Les médecins italiens dirent : IL N'Y A PAS DE BALLE ! Patridge dit comme eux, ainsi que Périhoff. Seuls, Cypriani et Albanesse,—sans compter Garibaldi, bien entendu,—furent de l'avis de Nélaton dont l'ordonnance fut suivie à la lettre, heureusement.

Patridge, le *savant* anglais, repartit confus, un peu désappointé, mais consolé pourtant, car on l'avait payé ! Périhoff, plus sage, reconnut le mérite de Nélaton et l'eut dès ce jour en grande estime. Quant à ce dernier, il refusa les honoraires qu'on lui offrait, et ne voulut rien accepter.....

Aussitôt le nom de Nélaton fut dans toutes les bouches, dans tous les journaux. Il fut même mis en chanson,—ce qui est en France le comble de la popularité,—et je me souviens d'avoir entendu chanter dans les rues de Paris, sur l'air du *Pied qui r'mue*, des couplets dont voici le refrain :

—Ah ! dites-mè qui vous a ôté (*bis*)
 La ball' que vous aviez dans l'pied ? (*bis*)
 —Monsieur, c'est Nélaton
 Quand j' l' vois, j'ai le cœur bien aise,
 Monsieur, c'est Nélaton
 Qui m'a r'tiré la ball' du talon.

Voilà :

Comment en un or pur ce plomb vil s'est changé !

Le docteur Nélaton est un clinicien remarquable. Nul mieux que lui n'excelle à examiner un malade ; un coup d'œil lui suffit pour le *détailler* complètement et pour porter un diagnostic qui est toujours justifié. En tant qu'opérateur, il possède, comme M. Velpeau, une grande habileté ; mais il a plus de rapidité et d'élégance que son illustre maître. D'une ingéniosité incroyable, tout ce qui est à sa portée, un morceau de fil, une épingle, un bouchon deviennent entre ses mains habiles autant d'appareils nouveaux et improvisés, qu'il sait utiliser sans avoir recours à tout un arsenal d'instruments toujours effrayants, souvent inutiles. Ennemi de toute méthode et de tout système opératoire préconçu, il varie, suivant les cas, ses procédés, qui sont toujours d'une étonnante simplicité. Après celles de Velpeau, les cliniques de Nélaton étaient les plus suivies de l'École. La netteté, le choix du mot, le bonheur de l'expression, telles sont les qualités que

l'on remarquait dans les leçons toujours faites d'une façon si élémentaire, que l'élève le plus étranger aux études médicales en retenait toujours quelque chose.

On dit que M. Nélaton ne s'occupait pas assez de ses élèves ; c'est là un reproche immérité. Nélaton, très-convaincu qu'un professeur ne doit pas chercher à faire des savants,—les savants se font eux-mêmes,—mais avant tout de bons praticiens, poussait ses élèves chacun suivant ses aptitudes et son intelligence. Ce qui ne l'a pas empêché de produire des chirurgiens remarquables qui, ses élèves hier, agrégés aujourd'hui, seront demain professeurs à leur tour. Et pour n'en citer qu'un, le docteur Dolbeau, un jeune agrégé et chirurgien de l'hôpital Cochin, au talent duquel nous devons plusieurs ouvrages remarquables, et qui, choisi il y a deux ans pour suppléer le malheureux Jobert de Lamballe, fit à l'Hôtel-Dieu des leçons cliniques très-suivies, dont l'apparition en volume a été pour l'auteur un véritable succès.

En somme, M. Nélaton a été un très-bon professeur. Il a été et est encore le plus remarquable de nos praticiens ; mais il n'a jamais été et ne sera jamais un savant. Aussi, est-ce avec regret que nous l'avons vu dernièrement entrer à l'Institut et y occuper un fauteuil laissé vacant par la mort d'un homme dont il n'égalera jamais le savoir et le mérite, quoiqu'il l'ait supplanté partout. Vous avez tous nommé M. Jobert, dont nous déplorons encore, à un an de distance, la fin tragique et lamentable. Notre regret a été d'autant plus grand que nous connaissons la *grande exactitude* de Nélaton à assister aux séances de l'Académie de médecine.—Chacun sait, en effet, que depuis 1856, année de sa réception, Nélaton n'a assisté qu'une seule fois aux séances et n'a pris part qu'une seule fois aux discussions.—Son premier insuccès dans l'assemblée de la rue des Saints-Pères serait-il le motif de son silence ? Nous n'osons vraiment le croire.

Le seul grave reproche que l'on puisse faire à Nélaton, c'est de n'avoir pas eu le courage d'écrire lui-même son ouvrage de pathologie externe et de n'avoir pas mieux choisi ses rédacteurs.

Comme homme, M. Nélaton est d'une taille au dessus de la moyenne ; sa figure, d'un teint assez animé, n'est ni belle, ni disgracieuse, ni franche, ni dissimulée.

Aimé de ses élèves en général, et souvent appelé en consultation par ses confrères, jamais il ne se départit des règles de la plus exquise urbanité ; jamais il ne fit sentir la supériorité du maître, encore moins l'autorité du chef. C'est ainsi que l'an dernier,—excusant toujours les fautes et les erreurs,—il parvint à sauver la réputation d'un confrère qui soignait son malade comme ayant un *abcès de la prostate*, tandis que celui-ci était atteint d'une *pneumonie* !

D'une nature compatissante et charitable, il a toujours un mot de consolation et d'espérance pour ses malades.

Sa vie est très active : réveillé tous les matins à six heures, il prend une tasse de café, sort pour ne rentrer que le soir vers huit heures ; il dîne alors de fort bon appétit, se couche aussitôt après, et s'endort à la lecture du *Constitutionnel* que lui fait sa femme ou son fils.

Le docteur Nélaton aime les arts, et dessine même assez bien. Il doit au pinceau de son frère, peintre très-remarquable, la décoration des panneaux et des plafonds du bel hôtel qu'il possède avenue d'Antin. Ses goûts pour la villégiature ne sont pas très-prononcés ; cependant il aime passionnément la chasse, et tous les dimanches, — quand il a le temps, — il va dans sa superbe propriété de Maclou chasser le petit et le gros gibier, dont il est la terreur, car il a l'œil aussi sûr que la main. Son fils, âgé de seize ans, est aussi un excellent tireur. De ses trois filles, deux sont mariées, et personne n'a oublié le terrible accident qui rendit veuve l'aînée, il y a un an à peine, et plongea sa famille dans le deuil et la désolation.

Riche à millions, grand officier de la Légion d'honneur, chirurgien de l'Empereur, membre de l'Académie de médecine, membre de l'Institut. Nélaton vient de donner sa démission de professeur à l'École.

Un mot pour finir.

Tous les savants ont leurs manies. — Velpeau faisait des calembourgs, — Troussseau se livrait à l'agriculture, — Ricord à la fureur des tableaux, — Nélaton, lui, fait du grec à rendre des points à M. Villemain lui-même. Un docteur de ses amis m'assure même avoir surpris chez lui une tragédie en quatre actes et en vers, écrite dans la langue d'Homère, et que l'illustre chirurgien destinait au théâtre Pompéien.

Ces médecins sont capables de tout.

Un décret du 14 août 1868 l'élève à la dignité de sénateur.

Il est mort à Paris le 22 septembre 1873.

Il a publié les *Éléments de Pathologie Chirurgicale*—(1844-1860. 5 vols. in-8:—œuvre capitale à laquelle ont concouru plusieurs de ses élèves qui ont aussi résumé dans diverses notes les points principaux de sa pratique et de son enseignement. Le Dr Jamain a notamment rédigé les tomes IV et V. Une nouvelle édition a été commencée en 1866, dont le tome premier a été revu par M. A. Jamain, et les tomes II, III et IV ont été revus par le Dr Péan, le tome V par les Drs Péan et Desprès. L'ouvrage a été complété en 1885 par la publication d'un sixième et dernier volume, œuvre collective des Drs Desprès, Guillette et Heurteloup.—(Note de la Réd.)

COMMUNICATION

M. le Rédacteur de la Gazette Médicale,

Il est peut-être trop tard pour annoncer, dans votre prochain numéro, l'apparition d'un nouveau *bill* qui intéresse grandement la profession médicale et les autres professions libérales, ainsi que le public instruit. En tout cas je vous fais part de la nouvelle.

L'hon. M. Lynch, l'auteur apparent du *bill* en question, a sans doute l'intention d'amener nos collègues classiques à réformer leur cours d'études suivi jusqu'ici. Il n'est pas satisfait, je suppose, de l'enseignement donné par ces institutions.

J'aurais voulu, dès aujourd'hui, vous parler plus longuement de ce nouveau projet de loi, mais je n'en ai eu connaissance que ce matin seulement. Avec votre permission, j'y reviendrai une autre fois.

Le président du Collège des Médecins de la Province de Québec, qui doit avoir, il me semble, quelque intérêt à ne pas ignorer la loi projetée, n'a pu se procurer, lui aussi, qu'aujourd'hui seulement, une copie de ce *bill*, lequel en est déjà rendu à sa seconde lecture au Parlement.

M. Lynch n'y va pas de main morte. On dirait qu'il ne tient guère à ce que l'on discute sa loi ; et pourtant il y a ample matière à discuter je vous l'assure, à commencer même par le titre, qui se lit comme suit :

“ Acte *pourvoyant* à la nomination d'un bureau provincial d'examineurs des candidats à l'admission à l'étude des professions d'avocat, de médecin et de notaire et de celle d'arpenteur provincial.”

Lorsqu'un député veut faire adopter des lois surtout avec un préambule dans le genre de celui-ci : “ Attendu qu'il est désirable d'élever le niveau des examens pour l'admission à l'étude de chacune des professions ci-dessus nommées,” etc. n'est-il pas aussi grandement désirable que ce député prenne un peu plus de soin pour rédiger au moins les titres de ces lois ?

Je ne sais pas si, en France, où l'on doit sans doute connaître la langue française, “ un acte *pourvoyant* ou *pour pourvoir* à quoique ce soit ” aurait la chance d'être compris par les législateurs, et si, dans n'importe quel pays, il serait possible de trouver un bureau d'examineurs, pour “ des candidats à l'étude des professions d'avocat, de médecin,” etc. Pour ma part, je suis porté à croire que partout les examinateurs se contenteront d'admettre les candidats en question à

l'étude de la médecine et du droit, mais non à l'étude de la profession médicale, ni à l'étude de la profession d'avocat ou ce qui revient au même, à l'étude du barreau. J'ai toujours cru que les jeunes gens se destinaient à une profession, choisissaient une profession, et que, leur choix étant fait, ils n'étudiaient pas la profession, mais se préparaient à l'exercer.

N'ayant pas le temps, cette fois-ci, de discuter au long le *bill* de M. Lynch, je ne ferai qu'en signaler la clause suivante pour le moment :

“ 11.—Le Bureau..... fixera le nombre de points à donner pour chaque matière d'examen et nul candidat n'aura droit au certificat ci-après mentionné, s'il n'a conservé au moins les trois quarts des points pour les matières suivantes : la LECTURE, L'ÉCRITURE, L'ÉPELLATION, l'arithmétique *jusqu'aux équations* inclusivement,” etc., remarquez bien, *l'arithmétique jusqu'aux équations* inclusivement. LES ÉQUATIONS EN ARITHMÉTIQUE!!

C'est un vrai tour de force que M. Lynch a fait là, et qui devra déconcerter sérieusement les professeurs de mathématiques ; au moins ceux de nos collèves.

Singulier programme tout de même, dont les principales matières sont la lecture, l'écriture, L'ÉPELLATION!!! et l'arithmétique *jusqu'aux équations*.

M. Lynch s'est-il bien rendu compte du ridicule auquel il s'expose en introduisant de pareils enfantillages dans une loi destinée, suivant lui, à relever le niveau des examens pour les candidats aux professions libérales? c'est-à-dire pour des jeunes gens qui devront prochainement remplir les premiers rôles dans la société !

Désormais, MM. les candidats, que vous ayez fait un cours d'études complet ou non, que vous soyez en état de soutenir une thèse philosophique quelconque ou de résoudre n'importe quel problème de trigonométrie, il vous faudra passer par un examen sur l'épellation. Le programme de M. Lynch l'exige ; à moins toutefois que vous ne soyez porteurs du diplôme de bachelier-ès-arts ; mais si, pour une raison ou une autre, vous avez trouvé à propos de faire vos études dans un collège non affilié à une université, alors procurez-vous un abécédaire, car vous n'éviterez pas l'épellation.

Déjà le programme d'examen pour l'admission à l'étude de la médecine était loin pourtant d'être bien *brillant* avec toutes ses questions élémentaires, et voilà que dans le but de relever le niveau de cet examen, on ne se contente plus de l'orthographe élémentaire, on descend jusqu'à l'épellation : *p - a - pa, p - a - pa, papa !*

De grâce, M. Lynch, faites en sorte que votre *bill* ne soit pas connu

en dehors de la province de Québec, pas même chez nos voisins du Labrador.

Que dire maintenant de la clause qui enlève aux médecins, aux avocats et aux notaires le contrôle des examens de leurs futurs confrères, pour le donner au surintendant de l'éducation ! Pour moi, c'est une clause *ineffable*.

Vraiment ce *bill* de M. Lynch est une *boîte-à-surprise*. Nos législateurs ont besoin de le méditer longuement avant de le sanctionner. Espérons du moins qu'il ne sera pas à cette session, et que nos jeunes candidats pourront encore se passer d'abécédaires aux prochains examens

Montréal, 8 avril 1887.

UN DE VOS ABONNÉS.

CHRONIQUE

Nous voilà en pleine mer ! un vent favorable gonfle nos voiles. Nous sommes partis sous les plus heureux auspices. Les derniers échos de la rive nous apportent encore des souhaits de bon voyage, succès et prospérité.

Et à bord quel monde nous avons ! plus de onze cents passagers de première : neuf cent cinquante médecins et deux cent vingt carabins. Qui aurait jamais rêvé l'agrément d'une compagnie aussi nombreuse, aussi pleine de verve et d'entrain ? Vrai, avec ces éléments, si ce voyage n'est pas heureux, le Dr Noir méritera d'être jeté pardessus bord.

De plus, trois honorables juges et quelque vingt membres de la profession légale *rehaussent* (vieux cliché) par leur présence, l'assemblée déjà auguste des disciples d'Hippocrate. L'austère Thémis donne sa froide main au grave Esculape.

Ingrat que je suis ! j'allais oublier de dire qu'un grand nombre de dames prennent part à l'expédition. N'est-ce pas grâce à leur présence que le voyage va prendre le cachet d'une excursion de plaisir ? que serions-nous sans elles ? qui briserait la monotonie du bord ? qui empêcherait l'ennui de nous dévorer vifs ? *Nous aurions sans cesse devant les yeux notre maison et tous les lieux que nous avons quittés*—comme le dit Ovide :

Ante oculos errat domus, errat formæ locorum.

Mesdames, soyez les bienvenues ; sans vous, je déclarerais l'issue du voyage incertaine et même risquée.

Un fait auquel messieurs les directeurs de *La Gazette Médicale* sont spécialement sensibles, c'est l'accueil empressé que les médecins canadiens pratiquant aux États-Unis ont fait à cette revue. Plus de quatre-vingts (80) d'entre eux se sont déjà abonnés. Il en reste à peu près un aussi grand nombre dont nous n'avons pu nous procurer l'adresse. Nous leur faisons une réserve de chaque numéro, espérant bien que d'ici à quelques semaines ils nous en feront la demande.

Ils viendront, parce qu'ils aimeront à prendre connaissance des leçons de leurs anciens professeurs; lorsqu'ils liront ce journal, ils croiront entendre leur voix sympathique; ils viendront, parce qu'ils sont amateurs des bonnes études et du progrès; ils viendront, je vous le dis, parce que notre revue leur arrivera comme une des voix aimées de la patrie absente!

Donc de ce jour, nous enregistrerons comme abonnés ceux de nos lecteurs qui ne nous ont pas fait parvenir les deux premiers numéros de *La Gazette Médicale*; ils sont légion. En vérité nous n'attendions pas moins de l'esprit judicieux des médecins de la province. Il nous reste à remplir envers eux une tâche très lourde: celle de nous rendre digne de la confiance qu'ils nous ont accordée si généreusement. C'est ce que nous essayerons en faisant chaque numéro plus intéressant que le précédent, et en donnant à notre journal un caractère éminemment pratique.

* * *

“ Pourquoi, nous écrit un lecteur, n'exigez-vous pas d'avance le paiement de l'abonnement à la *gazette* ? ”

A cela nous répondons: parce que nous ne le voulons pas. Certes le *paiement d'avance* est un procédé délicat que je prise hautement et que plusieurs abonnés ont déjà suivi; mais l'existence de la *Gazette Médicale* est, sans cela, assurée d'avance. Quand la profession aura suivi notre revue pendant quatre, six ou neuf mois, que par nos travaux elle aura été tenue au courant des progrès des sciences médicales, elle pourra pleinement en apprécier la valeur. Elle se dira alors: c'est bien peu de deux dollars pour payer une œuvre si utile.

Qu'est-ce que deux dollars...? peste! cela ne paie pas le plus petit certificat d'enregistrement! Deux dollars! où va-t-on avec cette obole? Deux dollars! allons donc! le moindre article de fantaisie en coûte le double. Vous voulez badiner; qui voudra se faire tenir l'oreille pour une pareille misère? n'en parlons plus.

* * *

Nous lisons ce qui suit dans les journaux de Québec :

“ Une assemblée des médecins de la ville a eu lieu le 30 mars, à l'École de Médecine.

“ Etaient présents : Messieurs les docteurs R. F. Rinfret, M. P. P., C. E. Lemieux, L. Catellier, A. Robitaille, A. Marois, P. Caote, A. Gauvreau, W. Delancy, C. E. Lemieux, jr., E. Laberge, G. A. Delisle, C. H. O. Lebel, P. J. Lavoie, A. A. Watters, Z. Giasson, L. LaRue, E. Morin, Gingras, D. J. A. Simard, H. Russell, C. S. Parke et A. G. Belleau.

“ M. le Dr Rinfret a été appelé au fauteuil et le Dr Belleau prié d'agir comme secrétaire.

“ M. le Dr Lemieux a dit que le but de l'assemblée était de faire connaître aux médecins de la ville et des environs les différents amendements adoptés à l'assemblée triennale du collège des médecins et chirurgiens, tenue à Montréal le 24 juillet dernier, et au Bureau Provincial de médecine, et qui doivent être le sujet de l'acte Médical qui sera proposé prochainement à la législature. Il pense qu'il est très important d'avoir l'opinion de la profession médicale sur l'opportunité de ces amendements.

“ Proposé par le Dr Lemieux, secondé par le Dr LaRue et résolue unanimement :

“ Que pour être admis à l'étude de la Médecine il est de la plus haute importance que tous les élèves, de quelque maison d'éducation qu'ils viennent, soient soumis à l'examen devant le bureau d'examineurs, et que le degré de *Bachelier-ès-Arts* ne soit pas considéré comme suffisant pour exempter les élèves du dit examen.

“ Proposé par le Dr LeBel, secondé par le Dr Morin, et résolu unanimement :

“ 1^o Qu'on exige pour la licence à la pratique que les élèves aient étudié la médecine au moins quatre ans de calendrier ; qu'ils aient suivi dans une Université de la Province de Québec au moins quatre cours de neuf mois chacun, ou quatre cours de six mois et quatre cours d'été de trois mois chacun.

“ 2^o Que les examens pour l'admission à l'étude et l'obtention de la licence à la pratique, se fassent dans le mois de juillet alternativement à Québec et à Montréal, tel que décidé à l'assemblée triennale des membres du collège des médecins et chirurgiens, le 14 juillet dernier.

“ 3^o Que copie de cette résolution soit transmise au comité de la Législature auquel l'acte médical sera référé.

“ Proposé par le Dr Lavoie, secondé par le Dr Russell, et résolu unanimement :

“ Qu'un comité composé des Docteurs Wells, Lebel, Catellier, Dion,

C. Verge, Samson, Sewell, Ahern, Garneau, F. R. Rinfret, Gingras, A. Robitaille, C. Fiset, E. Turcot, Alleyn, Boulet, Dionne, Vallée, Brochu, Falardeau, Roy, Laroche, Henchey, Bolduc, Gauvreau, Morin, Giasson, W. A. Verge, L. G. P. DeBlois, Hamel, Marois, Marcoux, Laberge, A. DeBlois, Jolicœur, Lemieux, jr., Coote, Gosselin, Matte, Pelletier, Lamothe, Delisle, Delaney, Howe, du moteur et du secondeur, avec pouvoir de s'adjoindre des membres, soit chargé de faire tous ses efforts auprès de la Législature pour obtenir d'elle que les deux propositions précédentes fassent partie de la loi médicale."

* * *

Ainsi le Dr Lemieux pense qu'il est très important d'avoir l'opinion de la profession médicale sur l'opportunité des amendements apportés à la loi médicale actuelle ; nous le croyons sans peine mais il ne fait pas connaître la nature de ces amendements ; c'est par là qu'on aurait dû commencer.

L'assemblée adopte à l'unanimité la résolution comportant que tous les aspirants à l'étude de la médecine *soient soumis à l'examen devant le bureau des examinateurs.*

Il manque à cette résolution une chose importante : elle ne porte pas sur les matières objet de cet examen. Cet examen ne devrait-il pas comprendre les matières du cours classique complet ?

La deuxième résolution veut qu'on exige pour la licence à la pratique que les élèves aient étudié la médecine au moins 4 ans de calendrier, qu'ils aient suivi *au moins* quatre cours de neuf mois chacun, ou quatre cours de six mois et quatre cours d'été de trois mois chacun.

Voilà un *au moins* adorable ! encore un peu on exigerait *au moins* quatre cours de douze mois !

A propos de cession de neuf mois, "si vraiment, dans quelques universités, les élèves sont obligés de *copier* à peu près *mot à mot* le cours que chaque professeur va lire tous les jours,—quand ce serait pendant neuf mois,—je suis convaincu que les cours de six mois, comme on les donne dans les autres institutions ne sont pas loin de valoir tout autant. Dans ces dernières, en effet, les professeurs sont obligés, non pas de *lire* leur cours, mais de le *parler*, et ainsi les élèves au lieu de prendre le temps—nécessairement long—de copier la *dictée* de leur professeur, se contentent d'annoter les parties les plus importantes de ce qui leur est dit. On comprend de suite que le professeur qui *parlera* son cours pourra donner, dans une heure, bien près d'un tiers de plus de la matière qui sera *lue* par un autre, avec beaucoup de lenteur naturellement, pour que les élèves aient le temps de tout copier.

Quant à l'intérêt que doivent éprouver des jeunes gens à *entendre lire*, tous les jours pendant plusieurs heures, et à *copier* tout le temps, je n'en dis rien."

Pour plus de clarté, que la loi indique le nombre des leçons ainsi que leur durée, en outre du programme des matières objet de l'enseignement.

* * *

Je reçois d'un des membres du comité chargé de préparer des amendements au *Bill médical de la Province de Québec*, une lettre dont les extraits suivants intéresseront nos lecteurs :

"Veuillez, s'il vous plaît, suspendre vos appréciations sur le projet de la nouvelle loi médicale jusqu'à ce que le comité ait terminé ses travaux. Vous verrez d'autant moins d'objections à agir ainsi que *tout le monde paraît d'accord pour ne rien faire à cette session et attendre que nous ayons eu le temps de bien mûrir le projet de loi qui sera soumis à la législature l'automne prochain.*"

Voilà qui est bien ! et je me rends volontiers à cette invitation, tout en me proposant de dire quelle devra être la portée du prochain *bill*.

Tout le monde, dit mon correspondant, *paraît d'accord pour ne rien faire à cette session* : il s'agit ici, je suppose, des membres du comité, car en dehors *l'accord* n'est pas même *apparent*. Je suis en mesure de déclarer que ce retard a rudement éprouvé la patience de plusieurs médecins plus impétueux que réfléchis, à qui on peut appliquer le proverbe anglais : *they agree to differ*.

Quel bonheur pour eux, s'ils eussent vu éclore une petite loi, faite à l'image de leur clocher, élaborée en secret, en tiroir et dont l'imposition, sans examen, sans avis préalable, eut fait leurs délices. Je les vois d'ici ; ils se frottent les mains d'aise, en décochant un regard narquois, perfide, presque *assassin*.

Non, je ne les *vois* pas car ils ont été déçus dans leurs chères espérances.

* * *

Pour un *bill*, parlez-moi du *bill* dont l'hon. M. Lynch est le parrain ! simple, concis, légèrement tranchant et pas du tout centralisateur ! Voyez clause première : Aussitôt que possible, le lieutenant-gouverneur en conseil pourra, sur le nombre de personnes PROPOSÉES PAR LE SURINTENDANT DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE, nommer six d'entre elles choisies AUTANT QUE POSSIBLE DANS LE CORPS ENSEIGNANT DE LA PROVINCE, comme membres du bureau qui sera connu à l'avenir sous le nom de "Bureau provincial des examinateurs."

C'est simplifiant ce cher petit *bill* ! Le surintendant choisit six personnes, prises autant que possible (ça n'engage pas formellement, absolument) dans le corps enseignant de la province. Le choix sera un tantinet difficile, vu que le corps enseignant se subdivise presque à l'infini dans notre province. On pourrait aussi bien les prendre dans le digne corps enseignant l'école élémentaire que parmi messieurs les préfets d'études des maisons de haute éducation. Ne les a-t-on pas prises jusqu'ici dans les écoles normales ? Le résultat fut, on ne peut plus, satisfaisant pour ces institutions, qui, établies et maintenues aux frais du public afin de former des instituteurs, ont poussé aux professions libérales plus de sujets que les collèges classiques de la province—toute proportion de nombre gardée.

A ce compte, on ferait mieux de nommer examinateurs messieurs les inspecteurs d'école de la province, car qui niera leur compétence, à donner des certificats de capacité aux candidats (—à l'examen d'admission à l'étude de la médecine, du droit, de l'arpentage, etc —) qui auront consacré au moins les trois quarts des points pour les matières suivantes : la lecture, l'écriture, l'épellation, etc., etc. (Voir clause 11^{me}).

Assurément, ce *bill* ne saurait manquer d'élever le niveau des examens pour l'admission à l'étude des professions, etc. (textuel).

L'auteur de cette législation nouvelle est bon prince, puisqu'il veut que tout candidat porteur d'un degré de Bachelier-ès-Arts ne soit pas tenu de subir l'examen sur la lecture, l'écriture, l'épellation et autres matières aussi difficiles requises par le présent acte, par exemple l'arithmétique etc., etc.

Mes compliments aux heureux bacheliers !

Autre ineffabilité du *bill* : " le Bureau se divise en deux sections composées de trois membres chacune, l'une pour l'examen des candidats parlant la langue française, et l'autre pour celui des candidats parlant la langue anglaise (clause 5). "

Voilà une représentation équitable, s'il en fut jamais ; pour un brin d'anglais trois représentants, pour un million de canadiens-français trois représentants ! Ah ! j'oubliais qu'il ne s'agit que de l'examen sur l'épellation, la lecture, etc., etc., etc.

* *
* *
* *

J'ai consulté un grand nombre de médecins au sujet du *bill* de M. Lynch, tous sont arrivés à la conclusion suivante :

1^o Il ne répond pas au but que l'on se propose d'atteindre : élever le niveau des examens.

2^o Il est contraire aux droits acquis du bureau des gouverneurs du

Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. Par l'Acte Médical de 1879, ce bureau a le droit de faire les règlements qui concernent l'admission à l'étude de la médecine, etc., etc.

3^e La profession médicale ne veut pas de ce *bill*, parce qu'il ne lui convient pas et qu'elle a chargé un comité spécial de préparer des amendements à l'acte de 1879.

Quand ces amendements viendront devant la législature il sera temps de protéger les justes droits de la minorité protestante, pour ce qui regarde l'examen d'admission à l'étude de la médecine.

J'espère que la chambre n'approuvera pas cet Acte de législation partielle, insuffisante et rétrograde.

LE DR NOIR.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

RÉSULTATS DES EXAMENS, AVRIL 1887.

Ont obtenu le degré de Bachelier en Médecine :

Benoit, Raymond	Gingras, William	Prévost, Henri
Bernard, Améric	Gravel, J. T.	Prévost, Paul
Charron Toussaint	Hamelin, J. A.	Riberdy, Amédéc
Ennis, Thomas	Pelletier, Martial	Rochette, F.-X. D.
Fortier, Ls. E.	Piché, Euchariste	Tremblay, Clément

Ont obtenu le degré de Docteur en Médecine :

Archambault, Alex.	Gervais, P. E.
Bissonnette, P. J. L.	Guy, J. Alph.
Boileau, F.-X.	Laferrière, Chs E. A.
Cabana, Ls V.	Lamarche, Tancredé
Carle, Chs T.	Lanthier, Gabrielus
Charron, Toussaint	Leclaire, Chs J. A.
Chrétien, A. A.	Létourneau, A.
Clément, A. B.	McIntosh, Jas
Comeau, F.-X.	Michaud, J. A.
Cornu, Félix	Migneault, Adolphe
D'Eschambault, A. H.	Pelland, Pierre
Desilets, Henri	Postras, Clovis Nap.
Dugas, Côme A.	Primeau, N. A.
Dumont, Noë	Rochette, Louis S.
Fontaine, J. D. T.	Rodier, Chs S.
Gadbois, Wilfrid	Tremblay, Clément
Garceau, Honoré	

Le diplôme de *Maitre en Chirurgie*, après un examen spécial sur la chirurgie, a été accordé à MM. Ls Victor Cabana et Honoré Garceau.

Le *Prix Bourget* pour excellence dans toutes les branches finales a été accordé à M. Honoré Garceau.

Université-Laval

Les messieurs suivants ont subi, à Québec, leurs examens pour la pratique de la médecine :

MM. Henri Béique, Damase Pagé, Jos. Triganne, Jos. Langlais, Jos. Cinq-Mars, A. Couturier, Jos. W. Edge, H. Marchand, Geo. Tremblay, M. Bélanger, Naz. Gingras, Pantaléon Pelletier.

A Montréal : MM. S. Girard, J. B. Richard, Chs U. E. Marsil, T. Mayrand, R. Perrault.

A NOS LECTEURS

Nous avons adressé notre revue à tous les amis dont nous connaissons l'adresse ; il en reste un grand nombre, parmi ceux à qui nous tenons le plus, dont notre ingrate mémoire a oublié l'adresse sans en perdre le souvenir. Ceux qui connaissent la *Gazette Médicale* nous rendront un véritable service en nous faisant parvenir l'adresse de ceux qu'ils savent ne pas la recevoir encore.

C'est avec regret que nous avons expédié le journal à des amis dont nous ne nous rappelions plus les initiales ; on nous fera plaisir en nous faisant parvenir au plus tôt les corrections qu'il convient de faire dans les adresses, les numéros des rues, des boîtes de poste, etc., etc.

Nous recevrons comme une délicate attention et une marque d'intérêt, les demandes qui nous seront faites des premiers numéros de la *Gazette Médicale* par ceux qui ne les auraient pas reçus ; de même que nous serons très reconnaissants à ceux qui nous renverront les numéros qu'ils auraient pu recevoir en double, erreur qui a pu arriver vû notre grand désir d'atteindre infailliblement ceux dont nous étions certains. Ces numéros renvoyés devraient porter les mots : "*Double envoi,*" afin d'éviter de faire croire à un refus du journal.

Mariages

LEGAULT-SULLIVAN.—A St-Anicet, M. le Docteur Joseph Legault à Mademoiselle Johannah Sullivan, fille aînée de M. Jeremiah Sullivan.

MCINTOSH-MAYER.—Le 19 du courant, à l'église St-Jacques de Montréal, M. le Dr James McIntosh, de North-Grosvenordale, Conn., (Etats Unis) à Mademoiselle Marie-Louise Mayer, fille de M. Edouard Mayer, du Département Général des Postes

 BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE DES SCIENCES MÉDICALES

- ATHIL.—Traité des Maladies des femmes, 1 vol. in-12. §1.25
- BARNES, ROBERT.—Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des Hémorrhagies, ou Guide de l'accoucheur dans les cas difficiles, 1 vol. in-8. §3.00
- CHURCHILL ET LEBLOND.—Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement, 3^e édition, revue, corrigée et contenant l'exposé des travaux français et étrangers les plus récents, avec 365 figures dans le texte, 1 fort vol. in 8. §4.50.
Le même relié, §5.25.
- COURTY, A.—Traité pratique des maladies de l'Utérus, des Ovaires et des Trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement, contenant un appendice sur les maladies du Vagin et de la Vulve avec 515 figures dans le texte, 1 fort vol. in-8, relié. §6.00
- DE SINÉTY, DR. L.—Traité pratique de Gynécologie et des maladies des femmes avec 181 figures dans le texte, édition de 1884, 1 vol. in-8. §3.75
- DOLÉRIS, DR. J. A.—La fièvre puerpérale et les organismes infectieux, Pathogénie et Thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches avec 3 planches comprenant 25 figures, 1 vol. in-8. §1.50

La librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliographie des Sciences médicales* (Un volume in-8 de 500 pages. Prix, franco par la poste: \$0.65, payable en timbres-poste français ou étrangers). Par les indications nombreuses et précises qu'elle renferme ce publication rendra de grands services à tous les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage et sur leur prix courant en librairie; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui voudront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J. B. Baillière et fils donne même souvent un extrait de la table des matières ou de la préface des auteurs.

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