

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Pagination continue. |

TRAVAUX ORIGINAUX

Parallèle entre l'hystéropexie et l'opération d'Alexander (1)

Par A. LAPHORN-SMITH, M. D., Laval.

Quelque limitée que soit mon expérience dans ces deux opérations, ne les ayant pratiquées l'une et l'autre que quarante-neuf fois, il ne sera peut-être pas sans intérêt pour la Société que je lui fasse l'exposé de cette expérience et des conclusions auxquelles elle m'a mené. Je ne prendrai pas le temps d'hommes aussi distingués que ceux qui m'entourent à leur démontrer l'utilité de ces opérations pour la guérison de la rétroversion. Il me suffira de vous dire que, dans les cinq dernières années, pendant lesquelles plusieurs centaines de cas ont défilé devant moi, je n'ai pratiqué l'opération d'Alexander que 21 fois et l'hystéropexie 28 fois, pour vous faire voir que je n'ai rencontré qu'un petit nombre de cas favorables à cette opération. Dans beaucoup de ces cas la rétroversion ne causait aucun symptôme et ne fut découverte qu'incidemment. D'autres n'offraient que des symptômes légers et furent faciles à guérir en remplaçant simplement l'organe et en enlevant la cause du déplacement. Chez d'autres encore, ces moyens simples ne furent pas suffisants : il fallut l'usage prolongé des tampons ou du pessaire. Nous n'eûmes recours au traitement opératoire que dans les cas qui ne purent bénéficier des autres méthodes. S'il y en a qui croient que la rétroversion n'a pas besoin d'être traitée, et je crois qu'il y en a quelques uns, qu'ils me permettent de leur rappeler qu'une femme dont l'utérus est dans cet état souffre quelquefois d'une manière si intense et si continue qu'elle en devient un objet de

(1) Lu devant la Société Américaine de Gynécologie, à Baltimore, le 28 mai 1895.

piété. Non seulement la circulation de l'utérus se trouve considérablement gênée par la plissure des vaisseaux dans les ligaments larges et par la pression que le fond de la matrice exerce sur les veines, mais encore la vessie, dont le col est comprimé par le col utérin, devient très souvent irritée, tandis que le corps appesanti comprime quelquefois suffisamment le rectum pour produire un ténésme permanent et gêner complètement l'évacuation intestinale. L'obstacle à la défécation persiste même lorsque le contenu de l'intestin est liquide. Mais les symptômes les plus graves sont ceux causés par la pression de l'utérus sur les branches du grand sympathique, ce qui amène la distension et l'inertie de l'intestin, la dyspepsie, les palpitations du cœur, les troubles de la vision et les maux de tête. Nous ne devons pas oublier non plus que l'utérus en rétroversion oppose parfois une barrière insurmontable aux rapprochements sexuels.

De toutes les opérations que j'aie jamais faites, celle qui m'a donné le plus de satisfaction, celle dont je suis très reconnaissant au Dr Howard Kelly, c'est la ventro-fixation ou l'hystéropexie. Cette satisfaction découle de trois causes bien distinctes : 1° de son efficacité ; 2° de son innocuité ; 3° de sa facilité d'exécution. Nous allons examiner ces trois points en détail.

Efficacité.—Lorsqu'une femme se présente à nous pour une rétroversion de l'utérus, un prolapsus ou une procidence, il y a plusieurs manières différentes de la traiter. Nous pouvons lui conseiller de porter un bandage serré périnéal ou en T ; il va de soi que ceci est un très pauvre expédient et un moyen dont peu de femmes seront satisfaites. Nous pouvons remettre l'organe en position et le maintenir ainsi à l'aide de tampons de coton ou de ouate. Ces tampons donnent très peu de satisfaction, parce que la vulve dans bien des cas est large et relâchée, et laisse échapper les tampons durant la marche ou au premier effort de défécation. Même si les tampons, soutenus par un bandage périnéal, étaient efficaces, il resterait toujours le grand ennui pour la femme de perdre un temps précieux à voyager de sa demeure au dispensaire ou au bureau du médecin. Ce traitement ne

guérit pas, et la malade fatiguée l'abandonne un jour ou l'autre. L'emploi du pessaire est plus avantageux; bien que la plupart des spécialistes aient abandonné ce mode de traitement, quelques praticiens s'en servent encore.

Le pessaire offre plusieurs contre-indications. En premier lieu, si les ovaires et les trompes sont inflammés et immobilisés par des adhérences, le pessaire ne pourra pas être supporté. Règle générale, la patiente dans ces cas revient au bout de quelques heures ou de quelques jours, disant qu'elle ne peut endurer la douleur que l'instrument lui cause et nous blamant avec raison de l'avoir rendue pire.

En second lieu, même lorsqu'il n'y a ni inflammation ni adhérences, même lorsque l'utérus et ses annexes sont aisément mobiles, l'orifice vaginal est généralement trop large pour empêcher le pessaire de tomber; ou s'il le retient d'abord, la pression de l'instrument l'agrandira bientôt, et il faudra se servir de pessaires de plus en plus grands. Même lorsque la vulve est assez petite, comme chez les vierges, et l'instrument bien supporté par la malade, celle-ci est toujours obligée de se rendre chez le médecin à intervalles réguliers afin que celui-ci procède à la toilette et à la réintroduction du pessaire. Puis l'instrument, malgré tout, demeure une cause d'irritation et peut déterminer une leucorrhée qu'en bien des cas j'ai vue devenir purulente. Quelquefois aussi le pessaire s'incruste de dépôts phosphatés qui le rendent très irritant. Enfin on a vu le pessaire, mal entretenu, déterminer sur la paroi vaginale une ulcération qui servit de point de départ à quelque maladie maligne, ou bien perforer le vagin et pénétrer dans la cavité abdominale, où il fallut aller le chercher par une laparatomie.

En troisième lieu, le pessaire empêche plus ou moins les rapports sexuels; beaucoup de femmes ne peuvent se faire à l'idée de porter sur elles un instrument aussi eunuyeux, ou bien demandent à en être débarrassées au plus tôt.

Néanmoins il faut donner au pessaire ce qui lui appartient. Son usage, prolongé de trois mois à un an, a guéri des cas de

rétroversion et de prolapsus. Son emploi est plus utile dans les cas de descente de l'utérus, par exemple dans les cas de descente de l'utérus gravis; il maintient l'organe en place jusqu'à ce que, après le troisième mois, il soit devenu trop volumineux pour se fléchir ou descendre de nouveau. On peut remédier à l'un des inconvénients du pessaire en rétrécissant l'orifice vaginal par une colporrhaphie antérieure et postérieure, ou en réparant la laceration du périnée et réduisant la surface de la paroi antérieure du vagin par l'opération de Stoltz. Quelques-uns ont pensé guérir le prolapsus par cette seule opération, mais maintenant tous les opérateurs, surtout Martin, de Berlin, s'accordent à dire que l'utérus finira toujours par se déplacer, même si l'on rend le vagin très étroit, même si on le ferme complètement comme dans l'opération de Lefort. Si l'on a pratiqué en même temps le curettage ou l'amputation du col, l'utérus allégé sera peut-être supporté par les ligaments, pour un certain temps du moins; le plus souvent, il se déplacera de nouveau malgré tout.

Il reste trois moyens efficaces de traiter la rétroversion. Ce sont, par ordre de gravité, l'ablation de l'utérus par l'abdomen ou le vagin, l'opération d'Alexander et la ventrofixation ou hystéropexie. Quoique l'ablation de l'utérus rétrodévié ou prolapsé, par le vagin, soit beaucoup plus sûre dans ces cas que lorsqu'il s'agit d'un cancer ou de corps fibreux, grâce à la facilité avec laquelle on attire la masse en bas et l'on se rend maître des points hémorragiques, grâce aussi à la facilité plus grande de l'antisepsie, cependant nous sommes à peine justifiables d'employer cette méthode, puisqu'elle est encore beaucoup plus dangereuse que la simple fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Et lorsque les annexes sont malades, qu'ils sont adhérents, ainsi que l'utérus, au sacrum ou au rectum, je n'hésite pas à dire que la voie abdominale est beaucoup plus rationnelle que la vaginale. Les auteurs même de cette dernière méthode, Segond, Richelot et Péan admettent qu'ils sont souvent obligés de laisser des parties de tissu malade adhérentes à l'intestin. Mais l'ablation de l'utérus et des annexes, même lorsqu'il n'existe aucune adhé-

rence, est-elle toujours efficace dans la guérison du prolapsus des organes pelviens ? Il est vrai que l'utérus absent ne peut plus se prolaber ; mais même en son absence on peut avoir un prolapsus du plancher pelvien, si l'on n'a pas pris la précaution de coudre ensemble les ligaments larges. C'est une pratique que pour ma part j'observe toujours lorsque j'enlève l'utérus par la voie vaginale. Dans l'hystéropexie, non seulement on conserve l'utérus, mais en le maintenant en place l'on soutient également la vessie, le vagin et le petit intestin.

Si l'on compare l'opération d'Alexander à l'hystéropexie, au point de vue de l'efficacité, l'on trouvera à cette dernière un grand avantage sur l'autre. L'opération d'Alexander est un fiasco lorsque l'utérus ou même les annexes sont adhérents. Il est vrai qu'elle n'a jamais été destinée à de tels cas ; personne ne la tenterait sachant que l'utérus est fixé. Mais quelquefois l'utérus paraît très mobile alors que la mobilité est limitée, et lorsqu'on essaie de rapprocher de la paroi abdominale le fond de l'organe à l'aide des ligaments ronds, on s'aperçoit que ceux-ci se briseront avant les adhérences. Ces adhérences, qui tiennent ainsi la matrice ancrée, expliquent un certain nombre des fréquents insuccès de l'opération d'Alexander. Mais lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, j'ai trouvé que l'opération est très efficace à maintenir l'utérus en place. Je n'ai jamais eu à sa suite de hernie et n'ai observé qu'une rechute sur 21 cas.

Un inconvénient dans l'opération d'Alexander, c'est que les muscles ronds, lorsqu'ils ont été longtemps sans se contracter, subissent la dégénérescence graisseuse et se brisent si l'on tire dessus. Un autre inconvénient que l'on ne rencontre pas dans l'hystéropexie, c'est une douleur et un engourdissement dans les aines et les lèvres dus à la section du nerf qui longe les ligaments ronds ; plusieurs de mes patientes se sont plaint de ces symptômes.

Innocuité.—Si nous comparons maintenant l'hystéropexie et l'opération d'Alexander au point de vue du danger qu'elles peuvent faire courir à la malade, nous pouvons penser au premier moment

que sous ce rapport l'avantage appartient de beaucoup à l'opération d'Alexander. Il n'en est rien. Si l'utérus n'est pas adhérent, si les ovaires et les trompes sont libres, ouvrir simplement l'abdomen et fixer l'utérus avec l'antiseptique complète que l'on fait aujourd'hui, n'offre absolument pas de danger; et s'il y a des adhésions, on comprend qu'il y a beaucoup moins de danger à les détacher avec le doigt dans l'abdomen qu'à replacer l'utérus avec la sonde. Je connais au moins un cas de mort survenue à la suite de cette dernière opération. L'opération d'Alexander n'est pas exempte de danger, loin de là, sinon pour la vie de la malade, du moins pour son confort. J'ai connaissance d'un certain nombre de cas où une hernie inguinale simple ou double a suivi l'opération. Cela ne devrait pas arriver; mais le fait est là. Dans un grand nombre de cas, il y a eu de la suppuration; cela m'est arrivé une fois, et chez la patiente d'un collègue, le pus est venu, à travers les ligaments larges, former un abcès pelvien. On connaît même quelques cas de mort à la suite de l'opération d'Alexander; il n'est que juste d'ajouter cependant que, depuis que j'ai écrit ce travail, j'ai entendu parler d'un cas de mort, à Baltimore même, à la suite d'une hystéropexie, une hémorrhagie utérine s'étant produite au point percé par l'aiguille. J'avoue cependant ne pas comprendre comment un semblable accident a pu survenir. Il va de soi, par exemple, que l'hystéropexie, faite après avoir enlevé des trompes suppurées ou des ovaires adhérents, tombe alors sous la mortalité de cette dernière opération, et sera plus ou moins grande suivant l'opérateur.

Facilité d'exécution.—Si l'on compare maintenant l'hystéropexie et l'opération d'Alexander au point de vue de leur facilité d'exécution, la dernière méthode n'y est plus du tout; elle se trouve mise hors de combat. Je fus d'abord si heureux avec cette opération, trouvant facilement les ligaments ronds et les attirant rapidement au dehors, qu'il ne pouvait m'entrer dans l'idée qu'un opérateur habile put y trouver quelque difficulté; mais étant tombé sur deux ou trois cas de suite où les ligaments se brisèrent à la moindre traction, je fus obligé d'ouvrir l'abdomen.

et de compléter l'opération d'Alexander par l'hystéropexie. Il m'est arrivé aussi de prendre une heure à trouver les deux ligaments, et j'ai vu d'autres opérateurs prendre encore plus de temps, ne pas réussir et refermer l'incision sans avoir corrigé la rétroversion. J'ai entendu un chirurgien bien connu, après avoir cherché en vain les ligaments pendant une heure et demie, affirmer que c'était la dernière fois qu'il tentait l'opération. Si l'utérus était toujours libre de toute adhérence alors qu'il parait l'être, si les muscles ronds étaient toujours sains, rosés et suffisamment forts, l'on n'aurait aucune difficulté à les trouver et à les attirer au dehors ; mais généralement, dans les cas chroniques de rétroversion, les muscles ont été des semaines, des mois ou des années sans se contracter, et le résultat inévitable a été une dégénérescence graisseuse. J'ai toujours trouvé au contraire l'hystéropexie très facile à faire. On peut souvent l'accomplir dans l'espace de dix à quinze minutes, sous l'influence d'une demi-once de mélange A. C. E. On n'éprouvera jamais d'incertitude à trouver l'utérus et jamais de difficulté à le relever. Si l'on a placé la patiente dans la position de Trendelenburg, il sera facile d'examiner les tubes et les ovaires et de les opérer s'il y a lieu. Je ne puis me faire à l'idée qu'une opération aussi sérieuse que l'extirpation totale de l'utérus soit justifiable dans la rétroversion ou le prolapsus alors qu'on peut l'éviter par l'hystéropexie. Voici la manière dont j'opère suivant les exigences du cas : 1° dilatation rapide ; 2° curettage et application sur toute la muqueuse interne de teinture d'iode et d'acide carbolique pur ; 3° réparation du col lacéré ; 4° rétrécissement des parois antérieure et postérieure du vagin, ou bien occlusion complète du passage ; 5° laparotomie, destruction des adhérences et ablation des annexes s'ils sont malades ; 6° fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Tout ceci peut être fait dans un peu plus d'une heure. Les résultats obtenus ont toujours été des plus satisfaisants.

L'on objecte quelquefois que l'utérus étant un organe mobile ne doit pas être immobilisé. Bien que cela soit admissible, je suis en état d'affirmer que l'hystéropexie n'immobilise pas l'utérus, car dans le seul cas d'insuccès que j'ai eu l'année

dernière, j'ai pu constater en pénétrant de nouveau dans l'abdomen que l'utérus était suspendu par un ligament fibreux gros comme un crayon et reliant la paroi antérieure au point de fixation derrière le pubis. Dans beaucoup d'autres cas, il était facile de constater, à l'examen au spéculum de Sims, un mouvement de va et vient naturel de l'organe. La réunion permet les mouvements de l'utérus et n'intervient en aucune manière avec la grossesse.

Procédé opératoire.—Quelques mots seulement concernant le procédé opératoire. Après les précautions aseptiques ordinaires, on pratique dans la paroi de l'abdomen une petite ouverture, de un à un et demi ou deux pouces, suffisante pour laisser pénétrer les deux doigts de la main gauche avec lesquels on relève l'utérus, détruit les adhérences s'il y en a et pratique l'examen des ovaires et des trompes. Pendant que l'utérus est relevé, on saisit le corps avec des forceps à tire-balles, juste au centre, et on le maintient vis-à-vis l'incision abdominale pendant que l'on scarifie la paroi antérieure sur l'espace d'un pouce carré avec la pointe du scalpel. On laisse ensuite retomber pour un moment l'utérus, et l'on traite de la même manière la surface abdominale du péritoine. On s'assure par ce moyen deux larges et fortes surfaces d'adhérence. On rapproche ensuite les deux surfaces avivées et on les maintient accolées l'une sur l'autre pendant que l'on passe à travers le fascia et la paroi antérieure de l'utérus deux ligatures de soie stérilisée que l'on fait ressortir ensuite à travers le fascia du côté opposé ; on les attache alors et on les coupe très courtes pour les laisser en permanence. Dans deux cas j'ai employé des crins de Florence ; mais leur emploi m'a causé des ennuis, et j'ai dû l'abandonner. Dans plus de la moitié des cas, je n'ai pas laissé les ligatures à demeure, et c'est parmi ces cas que j'ai eu un insuccès. On termine l'opération par la suture de l'abdomen, suivant sa méthode habituelle. Pour ma part, je préfère les sutures au crin de Florence passées à travers les trois couches de l'abdomen et laissées en place pendant un mois. C'est un espace de temps suffisant pour permettre au tissu nouveau de bien s'organiser et de rester ferme.

Le bichromate de potassium dans la Broncho-Pneumonie

Par Eug. Merrill Desautniers, M. D.

Monsieur le Rédacteur de L'UNION MÉDICALE,

Permettez-moi de vous communiquer l'observation suivante que j'ai faite dans ma clientèle encore naissante. La satisfaction que j'ai éprouvée par l'emploi du bichromate de potassium, dans la broncho-pneumonie, a été telle, qu'elle m'engage à en faire part avec votre bienveillante permission à vos nombreux abonnés, la plupart confrères.

Les traitements nouveaux, c'est-à-dire à expérimenter, doivent toujours n'être acceptés qu'avec une certaine défiance; mais s'ils nous font obtenir quelques succès, ils devraient, d'après mon humble opinion, non pas être tenus secrets comme certains se plaisent à le faire, mais au contraire être livrés à la plus grande publicité possible afin de bien faire connaître leur valeur réelle dans différents cas. S'ils réussissent, quelle joie ressentirons-nous pas d'en faire bénéficier cette classe d'infortunés dont la médecine a pour objet de soulager la maladie ou de retarder un dénouement fatal.

Le onze juillet 1895, dans l'après-midi, je me rendis à la résidence de monsieur D. et je constatai deux cas de rougeole; en peu de temps je m'aperçus que le plus jeune des deux enfants était affecté d'une des plus redoutables complications de cette maladie: j'avais devant moi un cas de broncho-pneumonie.

L'enfant âgé de deux ans présentait un état aussi triste qu'inquiétant, sa face était d'une extrême pâleur, son regard exprimait de l'anxiété et de la souffrance, la température était à $105\frac{1}{2}$, la respiration entre 55 à 60 et le pouls au-dessus de 145 à la minute.

Il me semblait qu'avec des symptômes aussi intenses le traitement habituel échouerait et que je serais peut-être avant bien longtemps en présence d'un petit cadavre. Mais, j'eus une heureuse idée: le traitement au bichromate de potassium me revint à la mémoire et bien vite je fus en mesure de l'éprouver.

Le médicament préparé de la manière suivante : Bichromate de Potassium 1 grain, Sucre de lait 9 grains, la poudre étant bien triturée et dissoute dans 20 cuillerées à thé d'eau bouillante, laisser refroidir et donner une cuillerée à thé toutes les dix minutes.

A cinq heure P. M. je donnai moi-même la première dose du médicament et les parents en continuèrent l'administration. A 8 heures P. M. j'étais auprès du petit malade ; quel ne fut pas mon contentement de constater une certaine amélioration dans la température, la respiration, etc., etc. A 10 heures P. M. l'aspect général de l'enfant était tellement changé que je le considérai à peu près hors de danger, la température était alors $102\frac{1}{2}$, le pouls à 125 et la respiration de 30 à 33 à la minute ; le lendemain j'avais affaire à une bronchite ordinaire assez facile à contrôler, la rougeole suivit son cours et l'enfant releva parfaitement bien.

Les effets physiologiques visibles du médicament apparurent une heure à une heure et demie après son ingestion. Les vomissements, qui se succédèrent d'abord de demi heure en demi heure, devinrent de plus en plus distancés et se continuèrent jusqu'au lendemain midi ; pendant la nuit l'enfant allât à la garde-robe trois fois, toutes ces excrétions exhalaient une très mauvaise odeur.

Quant aux effets thérapeutiques du médicament je me demande comment il a agi ou comment il peut avoir produit un tel changement dans la maladie en question. Est-ce du à l'action du sel de potassium qui a la propriété de liquéfier les sécrétions ou bien est-ce que le médicament aurait exterminé les microbes, si microbes il y a.

Quel que soit son mode d'action le bichromate de potassium a rendu en cette occurrence un service digne d'être signalé.

Je sou mets donc bien respectueusement aux confrères ce traitement, avec l'espoir qu'un cas de broncho-pneumonie se présentant, ils en feront l'essai, et qu'ils voudront bien rapporter dans votre journal si utile à la profession les succès ou les déceptions qu'ils auraient pu rencontrer à la suite de son usage.

Montréal, 8 août 1895.

Deux cas typiques d'automutilation

Par le Dr Derome, interne à l'hôpital Notre Dame

Se castrer soi-même paraît un peu fort : cependant depuis quatre ans deux cas authentiques peuvent être rapportés.

Le premier, J. A. demeurant à la campagne, un peu simple, mais bon garçon de ferme, las de se faire taquiner par ses amis au sujet du mariage : " Si tu ne te maries pas, on va te couper," lui disait-on en bon langage campagnard, et fort dans ses idées sur le célibat, résolut d'en finir une fois pour toutes par la castration.

Se retirer dans un petit bois, à la tombée du jour, et donner cours à son opération fut pour lui chose d'un instant. Avec un couteau de boucher, ayant préalablement fixé une corde autour du scrotum, près du pénis, il fait sauteur le tout en moins de temps qu'il en faut pour le dire.

Sans perdre de temps, notre type ainsi mutilé vient se coucher et se trouve pris d'une forte hémorrhagie au milieu d'affreuses souffrances.

On s'aperçoit de son état, le médecin est mandé et après les premiers soins donnés, on fait conduire le pauvre fou à l'Hôtel-Dieu, d'où il sortit peu de temps après, guéri, mais mûr pour la Longue-Pointe. Sa vie d'eunuque se termina dans cette institution deux ans plus tard.

Le second cas est plus intéressant.

Cette fois, c'est dans un but thérapeutique que l'opération se pratique.

François P... âgé de 24 ans, journalier, paraît jouir de toute la plénitude de ses facultés mentales.

Point de trace de folie dans l'histoire de sa famille.

Il y a un an à peu près François se payait une blennorrhagie et prenait sur lui-même de se traiter sans recourir aux soins du médecin.

Voulant en finir avec un traitement déjà trop long, au mois de juillet il se fait des injections avec des substances très irritantes, de l'acide carbolique, paraît-il. Le succès pour un temps semble couronner ses efforts.

L'écoulement disparaît, mais en même temps un testicule, le gauche, se met à enfler et à lui causer un mal insupportable.

Le voilà donc maintenant avec une orchite qui suit son cours et disparaît presque au bout de 12 jours, pour laisser reparaitre l'écoulement blennorrhagique.

Cette fois, pensant avoir trouvé le défaut de la cuirasse, il s'arme de deux petits bois, saisit le testicule encore un peu tuméfié entre ses deux bois, les fixe avec une corde, et avec son couteau de poche, le fait sauter sans plus de façon. C'était le 3 août.

Les bois restent en place pendant 24 heures et durant ce temps notre chirurgien se fait des lavages à l'acide carbolique. Point d'hémorrhagie ni d'inflammation.

Le huit août notre individu s'inscrit pour le dispensaire de chirurgie, et s'en retourne sans se faire visiter, vu le nombre des étudiants présents.

Revenu le lendemain, après examen il est admis dans les salles publiques, dans le service du Dr O. F. Mercier.

Le scrotum était ouvert sur une longueur de 2 pouces environ; le fond de la plaie présentait une apparence grisâtre avec bourgeons sans vitalité et baignant dans le pus.

De suite compresses phéniquées durant deux jours pour désinfecter la plaie.

Le 12 août lavage au sublimé au 1,1000 avec pansement à l'iodoforme et drainage à la gaz iodoformée.

Même pansement continué depuis.

Sous pen notre chirurgien, digne émule des barbiers du 17^e siècle, quittera nos salles complètement guéri, car depuis sa *gleet* n'a pas reparu.

Hôpital Notre-Dame, 22 août 1895.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

TRAITEMENT DES MALADIES VALVULAIRES DU CŒUR, par le DR HORATIO C. WOOD, de Philadelphie (*résumé d'une conférence faite à la Cleveland Medical Society le 28 juin 1895*).—Le savant thérapeute américain pose d'abord comme principe qu'il est possible à un individu dont l'intégrité valvulaire est à peine conservée de fournir une longue vie de labeur et d'utilité. Cela dépend entièrement de la manière dont l'organe s'adapte au travail que l'organisme exige de lui.

Hypertrophie compensatrice.—Un cœur dont les fonctions s'accomplissent mal redouble d'activité; il en résulte une hypertrophie compensatrice. De sorte que la question importante n'est pas de savoir si cette valvule-ci est malade plutôt que celle-là, mais de constater si l'augmentation de force du cœur se maintient au niveau de l'augmentation de travail exigée. Quelques uns s'imaginent que lorsque l'orifice aortique est atteint, l'on ne doit donner ni toniques ni stimulants cardiaques, et que la digitale n'est pas indiquée. Non pas, messieurs. La valvule aortique ne diffère aucunement, dans ses fonctions et sa réaction aux remèdes, de la valvule mitrale. Il se trouve que l'insuffisance mitrale survient habituellement d'une manière plus rapide durant la jeunesse, et que l'insuffisance aortique se montre plus tardivement durant l'âge mûr; voilà pourquoi le cœur est plus exposé dans un cas que dans l'autre à ne pouvoir s'adapter à sa nouvelle manière d'être. Voilà comment vous aurez une insuffisance cardiaque. Mais encore une fois, il ne s'agit pas de savoir si cette valvule-ci est plutôt malade que celle-là: il s'agit d'un travail à faire et de la possibilité pour le cœur de l'accomplir.

Début de compensation.—Si l'organe faillit à sa tâche, comment s'en apercevoir? Lorsque le cœur faiblit, le sang manque dans l'aorte et ses vaisseaux tributaires; lorsque l'aorte et ses branches sont vides, les veines sont engorgées. Par conséquent, vous pouvez accepter comme un signe de l'affaiblissement cardiaque l'engorgement veineux cutané, la congestion des poumons

et du foie, et l'œdème des extrémités. J'attire votre attention sur ce fait que, de tous les organes, c'est surtout le foie, du moins après le poumon, qui se ressent le plus de l'augmentation du sang dans les veines. L'engorgement du système porte existe dans presque tous les cas de maladie du cœur. Voilà surtout ce qui rend les mercuriaux si utiles dans ces maladies. Les purgations au mercure et le sublimé corrosif donné à petites doses longtemps continuées sont de la plus grande importance ; 1/50, 1/60 ou même 1/100 de grain de sublimé corrosif, administrés avec la teinture de perchlorure de fer, accompliront parfois presque une révolution, en aidant d'une manière merveilleuse les vrais toniques cardiaques. Ils facilitent, pour ainsi dire, la digestion et l'absorption de ces remèdes.

Méthode d'Oertl.—Je désire aussi attirer votre attention sur la nécessité de tenir le cœur en repos. Il existe aujourd'hui en Allemagne une classe assez nombreuse de thérapeutes qui enseignent que l'on guérit le cœur malade par la gymnastique en escaladant des montagnes, gravissant des collines, etc. Messieurs, le cœur est un organe qui ne se repose jamais. Croyez-vous alors qu'il soit sensé de dire que l'on peut prendre un organe qui n'a jamais eu de repos, qui est épuisé, et le renforcer en ajoutant une tâche nouvelle à celle que la nature lui demande déjà. Non pas. Dans la cure des montagnes allemandes, ce n'est pas le surcroît d'ouvrage imposé au cœur qui le guérit, c'est le surplus de travail que l'on donne à faire aux muscles du corps. Les cas qui en profitent ne sont pas des exemples de véritable insuffisance cardiaque. Ce sont des cas où le cœur fonctionne irrégulièrement parce que le sang est chargé des dérivés ou des composés de l'acide urique. Dans ces cas spéciaux, la méthode a certainement son utilité.

Médicaments cardiaques.—J'ai étudié les nouveaux médicaments, l'adonidine, le cactus, le convallaria, etc., et je ne crois pas qu'ils aient aucune valeur réelle. Je ne connais pas, d'ailleurs, de médicaments qui aient fourni des résultats autres que ceux que l'on obtient avec la nitro-glycerine, le strophanthus ou la digitale. Ce sont les seuls trois médicaments qui m'aient donné une satisfaction entière.

Nitro-glycerine.—La nitro-glycerine diffère des deux autres médicaments cardiaques en ce sens qu'elle dilate les artérioles et diminue la pression artérielle. Il y a plus ; la nitro-glycerine a sans nul doute un pouvoir stimulant puissant et momentané sur le muscle cardiaque ; mais si l'on dépasse le moindrement la

dose, l'action stimulante se change immédiatement en une dépression immense. Tuez un animal avec la nitro-glycerine, et son cœur sera aussi flasque qu'un sac de papier mouillé ; tandis que si vous tuez l'animal avec le strophantus ou la digitale, le cœur sera contracté spasmodiquement. Remarquez aussi que la nitro-glycerine, comme l'acide prussique, n'agit que pendant quelques minutes. Si vous voulez vous en servir employez-la à petites doses très rapprochées. Elle n'a de valeur que comme soutien momentané du cœur, n'est utile qu'au moment critique d'une attaque et sera surtout efficace si l'attaque prend la forme de l'angine de poitrine. Comment agit-elle, je l'ignore. Il est fort possible que ce soit en relâchant le spasme plutôt qu'en stimulant le cœur.

Strophantus.—Le strophantus est un poison des muscles. Il agit sur le muscle cardiaque de la même manière que sur les autres. Mais il se trouve que chez l'homme, ce muscle est plus sensible à l'action du médicament que les muscles volontaires, ce qui nous permet d'obtenir un effet stimulant sur le cœur avant que les autres muscles ne réagissent. Le médicament agit donc comme un stimulant direct du muscle cardiaque. Mais il n'y a aucune raison pour ne pas croire que, comme la digitale, il n'agisse plutôt comme tonique que comme stimulant. Son action se fait de plus sentir sur les artères qu'il contracte, qu'il remplit et dont il augmente la pression en même temps qu'il vide les veines. Il diffère encore de la digitale par son action diurétique plus appréciable. Il est plus rapide que la digitale, agit tout de suite, mais son action dure moins longtemps.

Digitale.—La digitale administrée à doses suffisantes élève la pression artérielle en contractant les artéριοles ; elle rétrécit les conduits sanguins et diminue ainsi le volume du sang à fournir. Cette action s'accomplit de deux manières ; en stimulant le centre vaso-moteur de la moëlle et en agissant directement sur les capillaires. Mais la digitale agit encore bien plus puissamment sur le cœur. Chacun connaît la pulsation forte et pleine que l'on obtient avec ce remède. Surtout n'oubliez pas qu'il stimule aussi bien la pneumogastrique que le muscle cardiaque lui-même. Il prolonge l'intervalle des pulsations, et lorsque celles-ci se produisent, c'est sous l'impulsion d'une large ondée sanguine. La digitale calme l'irritation et les battements rapides du cœur ; elle produit une diastole plus longue et une systole plus forte. C'est un tonique du cœur, et c'est même plus que cela encore : c'est un fortifiant. Voici comment.

Elle permet au cœur de se mieux nourrir. Durant la systole, l'activité fonctionnelle existe et s'accompagne de l'usure des tissus. Durant la diastole, ou le repos du viscère, toutes les forces vitales du cœur se portent vers le rétablissement de l'équilibre, vers la réparation de l'usure. C'est le pneumogastrique qui produit l'inhibition, c'est-à-dire l'arrêt de l'activité fonctionnelle qui permet à la structure du cœur de réparer son usure. Chaque portion du corps humain se soutient d'après ce principe. Durant la diastole, le pneumogastrique maintient le cœur et lui dit : "Laisse les ouvriers réparer le ravage fait aux murs." Eh bien, la digitale agit en stimulant l'activité du pneumogastrique. Elle apporte de la nourriture au cœur lorsque celui-ci s'épuise et se surmène ; elle nettoie le muscle cardiaque des produits de désassimilation qui s'y accumulent ; surtout elle stimule le pneumogastrique, le nerf trophique du cœur, et lui permet non seulement d'apaiser l'organe et de l'amener à des diastoles plus longues, mais encore de prolonger la période de nutrition réparatrice. De plus, le cœur est mieux nourri parce que le sang, qui pendant l'insuffisance ne pénétrait qu'à moitié dans l'aorte, emplit maintenant les artères coronaires et fournit des matériaux en abondance.

La variété de préparation du médicament importe peu ; l'important, c'est qu'elle soit bien faite. C'est une croyance très répandue que l'infusion de digitale vaut mieux que la teinture. Non pas, messieurs. Ce qui fait croire ceci, c'est la différence entre les doses employées. On donne généralement la teinture de digitale à doses de 5 à 10 gouttes, l'infusion à la dose d'une cuillerée à thé à une cuillerée à dessert, ce qui équivaut à environ 20 à 40 gouttes de la teinture. Si l'on obtient de meilleurs résultats avec l'infusion, c'est qu'on la donne à doses plus fortes. On rencontre des estomacs qui s'accommodent mieux de l'infusion, d'autres qui préfèrent la teinture. Au point de vue pratique, cela n'a point d'importance. La teinture a cet avantage qu'on peut la donner hypodermiquement.

La digitale est rarement indiquée dans l'endocardite aiguë. Elle pourra plutôt faire du tort que du bien, le cœur étant déjà irrité. Il y a des cas d'endocardites infectieuses ou malignes où tout ce que vous donnerez reviendra à peu près au même. Mais dans l'endocardite rhumatismale ordinaire, la digitale fait dommage. Le cœur n'est pas affaibli, mais simplement surexcité. (1) Il vaut mieux essayer l'aconite ou d'autres remèdes semblables.

(1) Voir la leçon du prof. Hare reproduite à la page 356.

Seulement, dès que la phase aiguë est passée, il est important de donner la digitale à petites doses soutenues, et d'en bien surveiller l'action. Le seul moyen de réparer une brèche valvulaire, c'est de fortifier le cœur. Rappelez-vous toujours, et c'est le cas dans beaucoup d'autres circonstances, que la digitale est un médicament dont l'action se prolonge. Il faut cesser l'administration du médicament dès que l'on obtient le moindre effet, car vous savez que cet effet durera des heures, peut-être des jours.

Il vient un temps dans la vie des cardiaques où le cœur ne répond plus à l'action de la digitale à doses modérées, mais où l'on peut obtenir des résultats satisfaisants à plus fortes doses. Le Dr Wood a déjà prescrit 40 gouttes de digitale toutes les deux heures pendant six heures, ou encore deux cuillerées à thé de la teinture par jour. Ce sont des cas exceptionnels et le malade reste exposé un jour ou l'autre à la mort subite. Il faut en prévenir le malade ou sa famille. Mais ne vaut-il pas mieux donner au patient quelques mois ou quelques années de vie active, quitte à le voir mourir dans le harnais, que de l'abandonner à une insuffisance cardiaque qui s'accroît de plus en plus ?

Il peut arriver que l'on donne la digitale pendant un certain temps et que son action tout d'un coup se fasse sentir toute à la fois. Cette accumulation du médicament se produit en deux circonstances : lorsqu'il n'agit pas sur les reins, ou lorsqu'il est déjà accumulé dans l'économie. Un exemple de cette dernière. Vous traitez depuis quelque temps un cas d'hydropisie, vous faites une ponction : la pression se trouve réduite, et les vaisseaux absorbent immédiatement le sérum. Or, comme ce sérum est chargé de digitale, l'action toxique du remède se fera aussitôt sentir. Ce n'est pas le remède qui est dans le corps, mais le remède qui est dans le sang qui agit sur le cœur. Quand vous voudrez ponctionner un hydropique que vous soignez à la digitale, cessez pendant quelques jours le remède.

Il y a des cas d'insuffisance mitrale où l'oreillette est tellement usée, tellement amincie qu'elle est à peine un peu plus épaisse qu'une feuille de papier. Ces cœurs là ne peuvent pas supporter l'action de la digitale. La systole plus forte fait refouler une plus grande quantité de sang dans l'oreillette, ce sang rencontre celui qui arrive par les veines pulmonaires, et l'oreillette est trop faible pour résister à la pression. Il n'y a rien à faire pour ces cas là. Vous avez devant vous l'ombre de la mort, et de la mort bien proche.—*The Journal of the American Medical Association.*

ANÉVRYSME DE L'AORTE, clinique du DR ALEX. JAMES, au *Royal Infirmary*, Edimburgh.—Voici d'abord l'observation du cas telle que donnée par le Dr James. “ D. R., âgé de 64 ans, menuisier, autrefois soldat, est admis le 9 mars 1895, se plaignant de douleurs à la poitrine et au dos. L'histoire de famille est très bonne, n'offre aucun indice d'hérédité. Lorsque le patient était soldat, il a passé par toutes les misères de la guerre de Crimée; plus tard, devenu charpentier, il a de temps à autre levé de pesants fardeaux. A contracté la syphilis pendant qu'il était à l'armée et n'a jamais eu d'autres maladies. A toujours été tempérament, bien nourri et bien logé. Début de la maladie il y a dix-huit mois, alors que le patient a remarqué qu'il était sujet à une douleur lancinante confuse à la nuque. Il y a six mois, il s'aperçut aussi d'une douleur à la poitrine. Ces douleurs étaient toujours amenées par un effort. Tout récemment, une certaine faiblesse est survenue dans son bras droit. Il a pu travailler jusqu'à il y a huit jours, malgré ses douleurs; mais elles sont devenues alors très sévères. Il s'est adressé à un médecin qui a diagnostiqué un anévrisme de l'aorte et a envoyé le patient au *Royal Infirmary*.

“ La taille du malade est de 5 pieds 6 pouces, son poids de 127 livres; mais il a coutume de peser au delà de 132. Il est assez bien développé et a d'assez bons muscles pour son âge et, à l'exception d'un léger œdème aux malléoles des deux jambes et au poignet du bras droit, il n'y a aucun symptôme morbide bien apparent. L'appétit est bon; aucune difficulté à la déglutition. La digestion est bonne aussi; seulement, lorsque la douleur à la poitrine est sévère, le patient se plaint de flatulence. Les organes digestifs paraissent normaux à l'examen à l'exception du foie, qui est légèrement augmenté de volume.

“ Le patient ne se plaint pas de dyspnée, mais avoue ressentir, de temps à autre, de légères palpitations. La douleur est localisée à la région précordiale et dans toute la partie supérieure de la poitrine, surtout du côté droit. Il ressent aussi un peu de douleur dans le dos. Ainsi que nous l'avons dit, ces douleurs sont susceptibles de revenir au moindre effort. On trouve à l'examen physique que le cœur est hypertrophié, les pulsations de la pointe se faisant sentir dans le sixième espace intercostal, à trois quarts de pouce en dehors de la ligne du mamelon. On constate aussi que la pulsation existe à la poignée du sternum, et de chaque côté dans le premier espace intercostal, mais surtout du côté droit. A la palpation, on reconnaît que cette pulsation

est expansible, très lourde et très forte. Chaque battement suit immédiatement celui du cœur; l'on peut constater d'une manière évidente le choc diastolique. La percussion révèle une large hypertrophie du cœur et une matité assez marquée à la poignée du sternum et sur les parties environnantes où l'on constate la pulsation. L'auscultation fait entendre, à la base du cœur et sur l'étendue pulsatile, un léger murmure systolique, et le second bruit ressemble à celui d'une valve. Le pouls, de 70 à la minute, n'est pas le même dans les deux radiales, ainsi qu'on peut le voir par les tracés sphygmographiques. On remarque aussi que la carotide droite est plus faible que la gauche. La respiration, 22 à la minute, est costo-abdominale. Pas de toux, pas d'enrouement, pas de bruit strident. L'examen physique des poumons ne révèle rien d'anormal, mais le *tiraillement* de la trachée est évident, et un examen miratieux fait voir un léger déplacement de la trachée vers le côté droit.

“ Le système urinaire est normal. La pupille droite est beaucoup plus large que la gauche. Les deux pupilles, cependant, réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation.”

Le Dr James pose le diagnostic: anévrysme de l'aorte avec hypertrophie du cœur gauche. Il ajoute: “ Nous croyons que s'il existe quelque maladie valvulaire, c'est d'une manière bien peu marquée. L'anévrysme semble intéresser surtout l'aorte ascendante et transverse. Bien qu'il y ait de la pulsation et de la matité à la gauche du sternum, nous ne croyons pas que l'aorte descendante soit intéressée, parce qu'il n'y a pas de matité dans l'espace interscapulaire gauche. Nous rapportons l'hypertrophie du cœur à l'anévrysme. Nous ne pouvons pas la faire remonter à une lésion valvulaire aortique, parce que le second bruit, résonnant comme une valve (*pump-valve second sound*) écarte toute idée de régurgitation; de même que l'absence de murmure systolique et la plénitude des artères du côté gauche empêchent de songer à une obstruction. Certains auteurs prétendent que l'anévrysme *per se* impose au cœur un surplus d'ouvrage, et détermine ainsi l'hypertrophie; d'autres auteurs nient la chose; qu'il en soit comme on voudra, on peut être sûr que les causes mêmes qui déterminent l'anévrysme, tels que l'athérome, le surmenage, etc., conduisent aussi à l'hypertrophie cardiaque. Vous savez tous que dans le cas de diagnostic difficile entre un anévrysme et une tumeur du médiastin, l'hypertrophie du cœur est un bon point en faveur du premier.”

L'étude des anévrysmes s'accompagne toujours d'une question

importante, les symptômes par compression. Dans le cas du Dr James, ni l'oesophage, ni la trachée ou les bronches ne sont comprimés, car le malade avale aisément, et il n'y a dans la respiration ni bruit strident, ni cornage, ni dyspnée. La trachée est simplement poussée à droite. Mais la compression existe sur certains vaisseaux et certains nerfs. L'inégalité pupillaire nous a déjà fait voir que le sympathique est intéressé, et l'on a pu constater du côté droit la faiblesse des pouls radial, brachial et carotidien. Voici ce que dit le Dr James à propos de la compression. Et ses remarques sont d'autant plus intéressantes que le malade ayant succombé trois jours après son admission, le savant médecin d'Edimbourg a pu contrôler les symptômes par l'étude des lésions anatomiques.

“ La petitesse des pouls du côté droit, dit le Dr James, pouvait dépendre de ce que l'artère innominée était comprimée par l'anévrysme, ou bien parce qu'elle était obstruée en partie par un caillot à son point d'origine de l'aorte. L'on pouvait expliquer l'irrégularité du tracé sphygmographique en disant que le sac anévrysmal dilaté et expansible agissait comme la boule de caoutchouc élastique d'un vaporisateur. Mais, auriez-vous répondu, si l'aorte ascendante et l'aorte transverse agissaient ainsi, comment se faisait-il que l'artère radiale gauche ne s'en ressentait pas ? Je croyais dans le temps qu'on pouvait expliquer ceci en supposant que l'anévrysme se détachait de l'aorte en un point situé tout près de l'origine de l'artère innominée, et que la plus grande partie de l'aorte transverse n'était pas dilatée. L'autopsie a fait voir que toute la partie ascendante de l'aorte en dehors du péricarde et toute la partie transverse également étaient intéressées, et que l'artère sous-clavière gauche se détachait d'une aorte aussi dilatée que celle d'où s'élevait l'artère innominée. Voilà pourquoi l'on doit penser que la différence de caractère si marquée entre le tracé de la radiale droite et celui de la radiale gauche venait de ce que l'ouverture de l'innominée était obstruée par un caillot, tandis que celle de la sous-clavière était parfaitement libre.”

Abordant ensuite la question des symptômes nerveux, le Dr James ajoute : “ Comme vous savez, les douleurs à la poitrine et le long des bras, dont les malades souffrant d'anévrysme se plaignent si souvent, sont attribués à la pression que l'anévrysme exercerait sur les branches du plexus brachial et les nerfs intercostaux ; mais, ainsi que Mackenzie et Head l'on démontré, il est plus rationnel de rapporter ces douleurs à l'irritation périphé-

rique des différents segments de la moëlle épinière." Et le savant médecin cite comme exemple deux cas qui sont encore dans les salles. Le premier patient, D., a de la sensibilité à la poitrine et au coude (irritation du premier segment dorsal), à la partie interne et supérieure des bras (irritation du second segment dorsal), à la région postérieure interscapulaire droite (irritation du troisième segment dorsal). Chez ce malade, l'anévrysme intéresse surtout l'aorte ascendante et l'innominée, et les surfaces sensibles existent des deux côtés antérieurement. Le second patient, R., porte un anévrysme de l'aorte transverse. La poitrine est sensible sur le côté droit seulement (3e segment dorsal), mais le bras gauche, à part la sensibilité spéciale au coude, est hypéresthésié sur toute la longueur de sa surface interne jusqu'à l'extrémité du petit doigt (distribution du nerf cubital, irritation des 1er et 2e segments dorsaux). Le dos est très sensible des deux côtés (2e, 3e et 4e segments dorsaux). Le malade qui fait le sujet de la leçon étant mort assez rapidement, le Dr James n'a pas eu le temps de bien limiter les surfaces cutanées sensibles.

Après avoir ainsi mis en évidence l'importance des symptômes nerveux dans les anévrysmes de l'aorte thoracique, le Dr James ajoute quelques mots à propos du traitement. " Nous traitons nos cas d'anévrysmes, dit-il, par le repos absolu, la diète forcée et l'iodure de potasse à hautes doses; nous ajoutons un peu de chloral lorsque l'iodure se fait trop sentir." Se basant sur son expérience personnelle, le médecin du Royal Infirmary n'admet pas que l'iodure de potasse agisse en abaissant la pression sanguine ou en épaississant le sang et favorisant ainsi la formation de caillots. " Il est évident, dit-il, puisque l'effet principal du remède est de favoriser l'absorption, que l'influence favorable que ce médicament peut exercer sur l'anévrysme résulte de sa tendance à enlever toute cause qui pourrait amener la paroi du sac à céder, et non pas de sa tendance à déterminer la contraction de la paroi de ce même sac."—*British Medical Journal*.

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE PAR LES INJECTIONS RECTALES (extrait d'un article de la *Therapeutic Gazette*).—Le médicament qui nous a toujours donné les meilleurs résultats dans l'emploi de cette méthode, c'est le sulfophénate de zinc à la proportion de 10 à 30 grains pour une injection de 2 à 3 pintes. Dans certaines circonstances l'eau doit être tiède; d'autres fois elle doit être aussi chaude que l'intestin peut l'endurer, et quelquefois il vaut mieux qu'elle soit

passablement froide. Tout cela dépend beaucoup de l'acuité de l'inflammation et de la tolérance du patient. De même que l'on voit certains individus porteurs d'une entorse se bien trouver d'une application d'eau froide et d'autres bénéficier davantage de l'eau chaude, de même dans le cas qui nous occupe certains malades seront soulagés par l'eau froide, et d'autres par l'eau chaude. Il faut être attentif, lorsqu'on emploie l'eau froide, à ne pas déterminer des frissons chez les personnes faibles, où à ne pas produire avec l'eau chaude un léger degré de fièvre. Dans beaucoup de cas le succès du traitement dépend absolument de l'habileté et du soin avec lesquels l'injection est donnée. Il vaut mieux laisser l'eau couler en quelque sorte dans l'intestin plutôt que de l'y faire entrer de force, et cela pour les trois raisons suivantes : 1° si l'on emploie la force, l'intestin résistera immédiatement et même rejettera l'injection au dehors ; 2° l'intestin sera irrité au point de rendre toute nouvelle injection impossible ; 3° cette irritabilité de la portion terminale de l'intestin détermine l'irritabilité réflexe du tube intestinal de la même manière qu'un ulcère du rectum cause la diarrhée, et comme résultat le malade sera plus mal après l'emploi de la méthode qu'avant. Dans les cas de diarrhée chronique où le malade présente une émaciation marquée et ne digère que très peu de nourriture, de telle sorte que le manque de nutrition contribue grandement à la durée de la maladie, on ne saurait trop recommander la méthode. C'est un fait digne de remarque qu'une légère injection rectale, disons une ou deux onces d'une émulsion d'iodoforme et d'huile d'olive, à la dose de 5 grains à l'once, faite immédiatement après une selle aqueuse abondante, empêchera toute tendance au ténésme et exercera, par la légère absorption d'iode qui se fait, une influence heureuse sur le processus catarrhal, c'est-à-dire sur la cause des symptômes que l'on traite.

CHIRURGIE

LES MALADIES DU SEIN, résumé d'une clinique du DR ANDREW CLARK, au *Middlesex Hospital*.—“ Dès l'instant qu'une femme s'aperçoit qu'elle a quelque chose au sein, soit qu'il lui fasse mal, qu'il soit enflé ou qu'elle y sente une tumeur, tout de suite elle est saisie par la crainte d'avoir un cancer, car c'est une idée très répandue et passablement justifiée que le sein de la femme est un des sièges les plus fréquents de cette maladie. Il en résulte que nous voyons un nombre considérable de malades supposées porteuses d'un cancer du sein non seulement ne pas avoir de cancer, mais n'avoir pas même de tumeur, et très souvent ne souffrir que d'une douleur névralgique ; c'est surtout le cas chez les femmes à tempérament nerveux, dont la santé générale a été affaiblie par une maladie longue ou un choc nerveux. Je dirai à ce propos qu'il est d'autant plus difficile quelquefois de convaincre une patiente qu'elle n'a pas de néoplasme que l'on a au toucher la sensation d'une tumeur lorsque l'on manipule le sein d'une certaine façon, par exemple en saisissant la glande et en la comprimant entre le pouce et les doigts : ce que l'on sent n'est cependant que le tissu glandulaire. Par conséquent, lorsque vous examinerez un sein, adoptez comme règle principale de toujours placer la main à plat sur l'organe et de presser légèrement sur les côtes, en explorant avec soin toute la surface. De cette manière vous ne manquerez pas de trouver la tumeur, s'il y en a une, et vous n'en fabriquerez pas une s'il n'y en a pas.

Laissez-moi vous énumérer les principaux états pathologiques que l'on rencontre dans le sein. Ce sont la névralgie, la mammité sous-aiguë, l'induration laissée après un abcès chaud, l'abcès froid, les kystes (il y en a plusieurs variétés : ceux qui proviennent des conduits de la glande, les simples kystes séreux qui viennent du tissu aréolaire, et enfin les plus communs, ceux des tumeurs) et les tumeurs solides, que l'on peut diviser en malignes et non malignes. On rencontre occasionnellement plusieurs variétés de tumeurs non malignes, mais la forme la plus fréquente est la forme adénoïde ; la plupart de ces tumeurs ne sont pas, cependant, des excroissances adénoïdes purement et simplement.

Quoique l'on ait trouvé que quelques unes d'entre elles se composaient entièrement de tissu glandulaire imparfaitement développé, le plus grand nombre sont entrecoupées de tissu fibreux et de tissu connectif plus ou moins denses; d'où les expressions adéno-fibrômes, adéno-sarcômes, ou si vous aimez mieux, fibroadénôme dur et fibroadénôme mou. Ces variétés de tumeurs subissent assez fréquemment la dégénérescence kystique, et donnent naissance à l'adénôme kystique. De toutes les tumeurs malignes, le squirthe est certainement la plus commune, mais l'on rencontre quelquefois le cancer mou et le cancer colloïde, et l'on a décrit un bon nombre de cas d'épithélioma (cancer originaire de l'épithélium des conduits). Le sarcôme se rencontre aussi quelquefois."

Le clinicien anglais fait ensuite la revue de onze cas de maladies du sein traités récemment au *Middlesex Hospital*: 7 cas de cancers, 3 cas de kystes et 1 cas de mammite. Il en profite pour faire remarquer que le cancer est la maladie la plus fréquente (7 sur 11) et que le diagnostic entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne est la plupart du temps facile à faire. Il n'en est pas ainsi pour les différentes espèces de tumeurs malignes. Il ne faut pas non plus attacher une trop grande importance à l'âge, puisque deux des patientes souffrant du cancer étaient âgées de 38 ans seulement, tandis que deux autres patientes ayant des kystes étaient vieilles de 45 et de 58 ans. La douleur n'était prononcée que dans deux cas. Ce qui avait attiré l'attention de toutes les malades, c'était le noyau induré et la rétraction du mamelon.

Le Dr Clark ajoute: "Il est de la plus grande importance de reconnaître dès son début la nature maligne de la maladie, car lorsque celle-ci s'est propagée aux glandes avoisinantes, les chances de guérison sont bien diminuées, même si l'on enlève complètement toutes ces glandes. Quoique quelques-uns vous disent: "Dans le doute, opérez quand même," je crois que l'on doit se sentir pour le moins peu satisfait lorsqu'on trouve après avoir enlevé un sein qu'on aurait pu le sauver. Quelles sont donc les maladies que l'on peut le plus aisément confondre avec le cancer? Je crois que ce sont les suivantes: mammite chronique, abcès froid (chronique), kyste profond du sein, et quelquefois, mais pas souvent, le fibroadénôme.

Les principaux signes du cancer à la période de début sont les suivants: âge aux environs de 40 ans ou au-dessus, souvent une santé antérieure excellente; une tumeur solide, indurée, qui aug-

mente de volume et s'accompagne parfois de douleurs lancinantes, mais souvent aussi n'est pas douloureuse; quelquefois mamelon rétracté ou inégalité de niveau des deux mamelons. Dans quelques cas où le néoplasme est situé profondément, le sein ne glisse pas librement sur les tissus sous-jacents; lorsque le cancer est superficiel, la peau devient adhérente à bonne heure, et souvent se ride quand on la manipule. Quelquefois aussi, et même passablement au début de la maladie, on rencontre de l'hypertrophie des glandes axillaires. Tous ces signes peuvent être présents dans les maladies nommées plus haut (mammitte, abcès et kyste profond), et très souvent il est impossible de diagnostiquer entre une mammitte chronique et un squirrhe sans avoir recours à une incision: la ponction ne suffit pas. La sensation toute particulière de craquement dur communiquée aux doigts dès que le couteau entre dans la tumeur est suffisante pour la certitude du diagnostic. Dans l'abcès et dans le kyste, il y a plus d'élasticité, le centre est plus mou et plus élastique que la périphérie. Dans l'abcès il y a souvent en même temps de l'œdème des tissus adjacents et de la sensibilité le long des lymphatiques et vis-à-vis les glandes de l'aisselle; dans ces cas-là, on peut faire une ponction, ce qui sera suffisant pour confirmer le diagnostic. Les fibro-adénômes se montrent généralement chez les gens plus jeunes; ils sont aussi mieux délimités et plus mobiles.

L'opération du cancer est parfaitement sûre; la mort est extrêmement rare, même lorsque l'on ouvre librement l'aisselle, et la réunion par première intention est la règle, du moins pour la plus grande partie de la cicatrice. Tous nos opérés se sont rétablis sans un mauvais symptôme; la cicatrisation a mis de seize jours à six semaines à se faire. Elle a été la plus satisfaisante dans les cas traités par les pansements secs et les bandages fermement appliqués, pourvu que l'on prit grand soin d'arrêter tout suintement avant le pansement. Dans les cas où nous ne pouvions pas appliquer les bandages d'une manière satisfaisante, de manière à exercer une bonne compression, nous avons laissé un tube à drainage, que nous enlevions au bout de vingt-quatre heures. Nous avons chez toutes les malades employé le pansement sec ordinaire: la peau était saupoudrée d'iodoforme et recouverte de gaze antiseptique et de coton absorbant.

Pour ce qui regarde l'étendue de l'opération, j'ai adopté comme règle d'enlever la tumeur seule lorsqu'elle est de bonne nature, et tout le sein si la tumeur est maligne, ainsi que les ganglions axillaires lorsqu'ils sont atteints."—*British Medical Journal*.

LA SCOLIOSE ET LE MAL DE POTT, *extrait d'une clinique du Dr Phelps, au Post-Graduate de New-York.*—Pour ce qui regarde les causes de la scoliose, je crois que les déviations qui surviennent au sommet de la colonne vertébrale, soit dans la région dorsale ou la région cervicale, sont presque toujours congénitales ou rachitiques. Une petite fille dont la croissance est rapide, qui s'assied gauchement ou se tient de manière à courber constamment son épine dorsale, déterminera certainement une scoliose. A notre idée, les déviations que l'on rencontre à la région lombaire sont dues le plus souvent à cette cause, à moins que ce ne soit à l'inégalité des membres ou à l'asymétrie du bassin. Ce sont là les causes les plus fréquentes de la déviation latérale. Il n'y a pas de doute que la paralysie des muscles en détermine aussi un certain nombre de cas. Les déviations les plus graves se rencontrent à la région dorsale. Cela vient de ce que la colonne vertébrale, en se déplaçant, affecte les côtes et les muscles intercostaux. Il faudrait nécessairement remédier au déplacement des côtes si l'on voulait corriger la déviation. Or, cela est impossible avec nos connaissances actuelles.

La difformité dans la scoliose résulte de la résorption vertébrale que détermine la pression. De plus, à mesure que la colonne s'incline, il se fait toujours une rotation dans la direction de la courbure. Aussi nous disons que presque tous les cas de courbures latérales doivent être considérés comme des scolioses accompagnées de torsion des vertèbres. L'un des symptômes les plus communs de la scoliose, c'est la proéminence de l'omoplate et l'abaissement de l'épaule. La maman effrayée conduit généralement son enfant à différents bandagistes, qui appliquent des appareils sans valeur et calment ainsi ses appréhensions jusqu'à ce que, après un an ou deux, elle vienne consulter un orthopédiste, qui trouve alors que la résorption a déjà produit une incurvation irréparable des vertèbres. Les symptômes qui caractérisent alors la situation sont les suivants : proéminence de l'omoplate, abaissement de l'épaule, proéminence des côtes sur un côté des vertèbres lorsque l'on fait pencher l'enfant, absence de douleur et de contracture des muscles, bon état général de la santé.

Voyez maintenant comme les symptômes sont différents chez cet enfant (12 ans), qui souffre de mal de Pott à la troisième vertèbre dorsale. L'enfant ressent de la douleur à la partie antérieure du thorax, a de la dyspnée et marche avec une allure particulière qu'on ne rencontre que dans cette maladie. Lorsqu'il

se penche pour ramasser un objet, il se tapit littéralement. La moindre pression sur la tête produit de la douleur; l'inclinaison du corps en avant arrache un cri; et vous pouvez voir que lorsque l'enfant remue son corps, il le remue tout d'une masse, ce qui indique que la contracture de tous les muscles établit la rigidité de la colonne. Lorsque l'on plie le petit malade en arrière et que l'on relève la tête, l'on fait disparaître presque totalement les symptômes. Vous remarquerez aussi qu'il y a une légère proéminence osseuse à la troisième dorsale, qui se projette en arrière. Vous n'aurez donc aucune difficulté, avec ces symptômes, à diagnostiquer le mal de Pott de l'épine dorsale. Votre devoir est d'établir votre diagnostic avant que la difformité n'apparaisse, et il n'est pas toujours facile de le faire, surtout lorsque l'enfant n'est âgé que d'un an et demi. Mais si vous vous rappelez les indications suivantes, vous pourrez toujours faire votre diagnostic, même lorsque l'enfant ne pourra pas vous répondre. Le petit malade pleure durant la nuit, pousse des cris lorsque sa maman le lève; pencher le corps en avant détermine une douleur antérieure vis-à-vis le point malade; si vous étendez l'enfant sur le dos et le soulevez avec une main sous la nuque, la colonne vertébrale se lève tout d'une pièce; maintenant si vous faites asseoir l'enfant, et que, vous tenant derrière lui, vous essayiez de le pencher à droite ou à gauche, l'épine dorsale ne pliera pas davantage. Un médecin peu au courant traitera probablement le malade pour les vers si la lésion est à la région lombaire, et pour l'asthme si elle est située à la région dorsale. Mais lorsque vous constaterez l'existence des symptômes énumérés plus haut, vous serez toujours certains, bien qu'il n'y ait pas encore de difformité de l'épine dorsale, de diagnostiquer le mal de Pott. Ainsi vous voyez qu'il y a une énorme différence entre les symptômes de cette maladie et ceux de la scoliose.

Voici maintenant les principes du traitement. Dans la scoliose, on doit s'efforcer de développer les muscles du dos par le massage et les exercices de gymnastique appropriés. On fortifie la constitution du patient par l'exercice et une bonne nourriture. Dans les cas où la déviation de l'épine dorsale est plus grande que la moitié du diamètre de la vertèbre, il est absolument nécessaire de supporter la colonne vertébrale afin de prévenir la résorption de cette vertèbre au point d'incurvation. Le principe du traitement, dans la maladie de Pott, diffère d'une manière complète. Le traitement doit consister dans l'immobilisation absolue et l'extension jusqu'à soulagement (*to the point of comfort*), afin d'enlever toute pression sur les vertèbres malades.—*The Post Graduate.*

L'INFLAMMATION DES VÉSICULES SÉMINALES, clinique du prof. EUGÈNE FULLER au *Post-Graduate* de New-York — Messieurs, je désire attirer votre attention ce soir sur un état pathologique des vésicules séminales qui, bien qu'assez fréquent, attire fort peu l'attention des spécialistes, et dont les auteurs classiques ne font pas mention dans leurs ouvrages.

On considère généralement l'inflammation de ces vésicules comme un épisode de l'inflammation de la prostate, et l'on ne cherche pas à faire le diagnostic différentiel des deux maladies.

Sur la liste des causes de la *vesiculite*, la gonorrhée tient la tête; et tandis que la plupart des sujets ont une épididymite avant que les vésicules soient atteintes, un bon nombre ont une forme aiguë ou sous-aiguë de l'inflammation des vésicules sans qu'il y ait épididymite. C'est de cette classe de malades que je veux parler ce soir.

Ces patients nous disent qu'ils ont eu une gonorrhée dont les suites ont persisté pendant des mois, et ils sont généralement porteurs d'une urétrite postérieure à rechutes qui a défié tous les traitements employés. Naturellement, ces troubles sont augmentés par les excès alcooliques ou sexuels.

Vous rencontrerez aussi quelques patients névropathes qui n'ont jamais eu de gonorrhée et auquel on a donné sans succès les bromures et autres remèdes semblables, mais vous obtiendrez de ces patients soit une histoire de masturbation couvrant toute une longue période de leur jeunesse, soit des excès vénériens.

Il y a une forme de la maladie causée par les bacilles tuberculeux dont je reparlerai.

Les symptômes importants que le malade accuse sont les suivants: divers troubles des fonctions sexuelles, fréquentes émissions de sperme, pertes séminales en forçant à la selle et divers autres troubles nerveux réflexes.

Vous devez faire le diagnostic différentiel de cette maladie d'avec la vraie spermatorrhée, les névroses sexuelles, les affections de la prostate, l'urétrite postérieure, le rétrécissement de l'urètre et le calcul vésical, qui toutes ont des symptômes communs. Ce diagnostic ne peut être fait qu'en examinant avec le doigt les vésicules séminales par le rectum. Le patient doit se présenter à cet examen la vessie pleine, tenir ses jambes très droites et pencher son corps en avant à angle droit. Le chirurgien doit introduire comme il faut l'index dans le rectum, et avec l'autre main fermée exercer une forte contre-pression au-dessus du pubis. Le bout du doigt passera derrière la marge postérieure de la pros-

Malade et, si les vésicules sont malades, vous les reconnaîtrez de ce côté de la ligne médiane. On ne peut toucher que la partie inférieure des vésicules, la partie supérieure étant hors d'atteinte. Lorsqu'elles sont malades, elles donnent au doigt la sensation d'une sangsue gorgée de sang, et quelquefois on peut découvrir dans leurs parois des nodules et des plaques d'induration.

Si la maladie est de cause tuberculeuse, les vésicules sont très distendues, et les manipulations de l'opérateur ne feront qu'augmenter le trouble; ces cas doivent recevoir un traitement conservateur, telle que la médication interne et les mesures hygiéniques.

Le traitement des cas chroniques consiste à évacuer, dépouiller, *vide* (le Dr Fuller emploie le verbe *to strip*) les vésicules; c'est-à-dire, lorsqu'on a introduit le doigt de toute sa longueur dans le rectum, on le retire graduellement en exerçant une pression continue. Cette manœuvre force le contenu des vésicules à passer à travers le conduit éjaculateur dans le sinus prostatique. On fait alors uriner le patient si la masse vésiculaire est déjetée avec l'urine.

On ne doit pas pratiquer cette évacuation plus souvent que tous les cinq à sept jours, et même moins fréquemment s'il survient quelque réaction inflammatoire.

Avec ce traitement, les patients mettent généralement à guérir de six semaines à six mois, quoique cela prenne quelquefois une année entière.

Avant de vous faire voir de nouveaux cas, je désire vous montrer l'un des patients que nous avons traités.

M. B., 24 ans, s'est présenté ici il y a quatre mois, se plaignant d'uriner fréquemment et d'éprouver en même temps une sensation de brûlure dans la verge et de la douleur au-dessus du pubis. Quelquefois la douleur était si grande qu'il était obligé de quitter l'ouvrage et de se coucher. Il n'avait plus d'appétit sexuel, et très rarement une érection. Les symptômes avaient succédé à une gonorrhée contractée il y a trois ans, et persistaient depuis lors. Il y avait du pus dans l'urine, et un léger écoulement antérieur. Le patient se sentait plus mal depuis qu'on lui avait fait subir l'aréthrotonomie antérieure et passé de grosses sondes.

Le toucher rectal fit voir que la vésicule gauche, hypertrophiée et quelque peu sensible, était la cause de tout le trouble. L'évacuation d'une bonne drachme et demie de substance épaisse rendit le malade très faible sur le moment. Après un traitement soutenu, je le trouve maintenant suffisamment bien pour lui donner son congé.—*Columbus Med. Journal.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

—

ACTION THÉRAPEUTIQUE DU CHLOROFORME PENDANT LA PARTURITION, par le DR BEDFORD BROWN, M.D., Alexandria, Va., (*Swi.e*) (1).—Est-on justifiable d'administrer le chloroforme dans la parturition dans le seul but de soulager la douleur ?

Voici la première question qui se présente à notre considération. Je crois que l'on est justifiable, mais pas dans tous les cas. Par exemple, il se présente des cas où les douleurs sont légères, toutes les conditions favorables, le passage spacieux, le travail rapide, alors il est inutile. Mais chaque fois que le travail est lent, douloureux, difficile, je crois que son emploi est non seulement justifiable, mais qu'il serait inhumain de s'en abstenir. Cet avis est basé sur le fait que les cas de mort par le chloroforme sont si rares, peut-être pas un pour des millions d'accouchements, que nous pouvons certainement risquer un si petit danger pour obtenir un si grand bien.

Je sais que plusieurs s'opposent, *in toto*, à son emploi, dans la parturition, mais je crois que c'est sans bonnes ni justes raisons.

La grande terreur des parturientes, c'est la douleur, et si on pouvait la supprimer, l'enfantement deviendrait un acte simple et facile. Quelques années avant l'emploi de l'anesthésie, dans ma pratique obstétricale, j'ai maintes et maintes fois assisté des femmes en proie aux douleurs de l'enfantement, j'ai écouté souvent avec angoisse leurs demandes de soulagement et dans ce supplice insupportable je les ai entendues gémir, gémissements qui se sont gravés si profondément dans ma mémoire que je ne les oublierai jamais.

Avec le chloroforme et la connaissance familière pratique que j'ai de son action, je ne suis plus le témoin ni la victime de scènes aussi douloureuses. J'ai, ces dernières années, essayé plusieurs succédanés du chloroforme pour le soulagement de la douleur dans la parturition, mais je n'en ai pas encore trouvé un seul. Je suis convaincu que c'est, entre tous, l'anesthésique spécialement approprié à l'accouchement. Il est propre dans son administration, ne cause de congestion ni du cerveau ni des pou-

(1) Voir la livraison d'août.

mons, ni des reins, mais diminue d'une manière remarquable la tendance aux congestions cérébrales.

L'action du chloroforme favorise-t-elle la marche du travail ?
— Je crois qu'en règle générale il la favorise. Je suis même convaincu que dans la grande majorité des cas, il diminue la durée de l'accouchement. Je sais que c'est l'opinion de quelques-uns que son action amoindrit la force des contractions utérines et retarde ainsi la marche de l'accouchement. L'expérience m'a prouvé qu'en même temps qu'il soulage la douleur, son administration peut être graduée de manière à ne pas empêcher les contractions utérines. Aussi, agir sur l'écorce cérébrale seulement ou sur cette dernière et sur les fonctions réflexes de la moëlle épinière sont deux choses tout à fait différentes. Ainsi on peut abolir la sensation sans affecter l'action réflexe. Je crois qu'en usant de soin et de jugement, on peut confiner l'action du chloroforme à l'écorce cérébrale seulement, siège de la sensation, et laisser intactes les fonctions réflexes et les contractions utérines.

Je n'ai pour m'appuyer en cette matière aucune statistique, mais mon expérience personnelle dans l'administration du chloroforme dans la parturition me porte à croire que non seulement il rend le travail plus facile, mais, qu'en règle générale, il en rend la durée plus courte. Alors donc, si le chloroforme est capable de rendre le travail plus facile, plus supportable pour la parturiente et peut diminuer sa durée d'une heure, même d'une demi-heure, son administration est justifiable, lorsque nous prenons en considération les faibles risques encourus par son emploi.

Dans certains cas, je sais qu'il peut diminuer la durée du travail. Une de ces conditions c'est la rigidité des parties molles, une autre c'est la contraction irrégulière de l'utérus, ou la contraction spasmodique de certaines fibres et le relâchement de certaines autres, toutes ces conditions pouvant retarder le travail indéfiniment. La contraction spasmodique de certaines fibres musculaires de l'utérus et le relâchement des autres n'est pas rare dans le travail de longue durée, et ressemble beaucoup aux contractions qui produisent l'*hour glass post-partum*. Le chloroforme est susceptible de régulariser les contractions utérines et de prévenir les contractions spasmodiques irrégulières et de cette manière de faciliter l'accouchement. Personne ne peut douter de sa puissance bien connue pour combattre et abolir la rigidité musculaire. Comme preuve, j'ai souvent observé, dans ma pratique, des cas de rigidité des parties molles, cas où le travail demeurait stationnaire, une heure ou plus, ou même plusieurs

heures, et dès que le chloroforme était administré en assez grande quantité pour produire le relâchement musculaire, l'accouchement se terminait rapidement.

A quelle période de l'accouchement peut-on administrer le chloroforme?—Pour soulager une douleur excessive on peut l'administrer à n'importe quelle époque du travail, mais pour provoquer le relâchement de la rigidité musculaire il est applicable dans la rigidité extraordinaire du col de l'utérus et dans l'extrême rigidité du périnée lorsque la tête du fœtus commence à presser sur ces parties. Quand le but du chloroforme est de soulager la douleur seulement, il doit être donné en petite quantité au commencement de chaque douleur et discontinué quand la douleur est finie. Mais quand il s'agit de combattre la rigidité musculaire la parturiente doit être complètement sous son influence. Dans les cas de contraction excessive du col utérin ou de grande rigidité des tissus du plancher du bassin, les demi-mesures ne servent à rien. La parturiente doit alors être suffisamment anesthésiée pour suspendre, au moins partiellement, l'action réflexe, alors qu'on voit s'opérer la résolution musculaire complète, mode d'action analogue à celui qui s'observe la réduction d'une dislocation.

Quand il y a compensation parfaite entre la force des contractions utérines et le relâchement musculaire dans un bassin normal, l'accouchement se fait rapidement, facilement et sans anxiété. Au contraire, quand cette compensation est altérée, quand par exemple, la force contractile de l'utérus est affaiblie et qu'il existe une tension musculaire excessive du périnée, l'accouchement se fait avec douleur et avec lenteur. L'action du chloroforme dans cette classe de cas est de ramener, en diminuant la tension musculaire, la proportion normale entre la force de contraction utérine et la rigidité du bassin.

Laissant de côté les difformités congénitales ou celles causées par une maladie des os du bassin, on remarque que la grande majorité des accouchements difficiles et ennuyeux est due à la rigidité des plans musculaires du bassin et l'inefficacité des contractions utérines. Ces deux conditions existent souvent ensemble. D'après mon expérience personnelle dix-neuf interventions instrumentales sur vingt ont été nécessitées par la rigidité musculaire excessive du périnée. Dans ces cas particuliers, l'action du chloroforme a amené le relâchement du périnée, a diminué la résistance musculaire, a rétabli l'équilibre entre la force et la résistance sans diminution appréciable des contractions utérines.

Le chloroforme tend-il à diminuer les contractions utérines ?

— Il n'y a aucun doute que le chloroforme peut être administré pendant le travail de manière à soulager la douleur et à laisser intact le pouvoir contractile de l'utérus, ou bien, de supprimer tout à la fois et la douleur et les contractions rythmiques de l'utérus, de même que suspendre le travail pour un certain temps.

La contraction rythmique de l'utérus est une fonction réflexe essentielle, et l'on sait que les diverses fonctions nerveuses subissent l'influence du chloroforme dans un ordre consécutif, — d'abord la sensation, puis l'action réflexe et enfin l'action vasomotrice. D'après ce fait, nous pouvons, comme règle, soulager les douleurs de l'accouchement sans altérer la force des contractions utérines. Tous les obstétriciens pratiques ont observé des parturientes en travail sous l'influence du chloroforme, chez lesquelles il y avait abolition de la douleur, tandis que les contractions rythmiques de l'utérus et tous les symptômes d'un ténésme actif s'opéraient à merveille. Je crois que c'est là le but idéal de l'anesthésie par le chloroforme pendant le travail et je suis convaincu qu'il devrait toujours être administré de manière à soulager la douleur, tout en laissant intact les fonctions réflexes. De plus, je crois que les fonctions réflexes, chez la parturiente, offrent beaucoup plus de résistance à l'action toxique du chloroforme que dans les cas ordinaires, et qu'il est plus difficile de les abolir. Aussi est-ce un avantage inappréciable de pouvoir administrer le chloroforme pendant le travail, simplement pour soulager la douleur et sans en interrompre la marche.

L'expérience m'a démontré que quand les contractions utérines sont suspendues par l'administration trop abondante du chloroforme, la force contractile de l'utérus reprend avec une vigueur additionnelle pour terminer le travail, dès que l'influence de l'anesthésique se dissipe.

L'action du chloroforme tend-elle à amener ou à empêcher l'hémorrhagie post-partum ? — Ceci constitue une des plus importantes questions en rapport avec l'action thérapeutique du chloroforme en accouchement. S'il tend à causer l'hémorrhagie, cela augmente les dangers de son emploi. D'après mon expérience personnelle, je puis dire, qu'en maintes occasions, après l'avoir administré jusqu'à perte complète de connaissance au moment de la naissance, je n'ai observé dans aucun cas une plus grande tendance à l'hémorrhagie ni aucune difficulté plus grande dans la production des contractions fermes de l'utérus que quand il n'était pas employé.

Pour ce qui concerne cette question, je ne puis me prononcer que d'après mon expérience personnelle; or toute expérience personnelle de plusieurs années, basée sur un grand nombre de cas, a une certaine valeur. D'après des autorités compétentes l'action du chloroforme sur la circulation est de faire contracter les vaso-moteurs. C'est ce que j'ai observé dans ma pratique chirurgicale.

L'anesthésie chloroformique profonde diminue certainement l'hémorrhagie chirurgicale. Dans mes cas de traumatismes du crâne et du cerveau, j'ai observé que sous l'influence du chloroforme il y avait toujours une diminution notable de l'hémorrhagie cérébrale. Donc, s'il est vrai que le chloroforme fait contracter les vaso-moteurs, il me semble que la conclusion est facile à tirer.

L'action du chloroforme dans la parturition tend-elle à prévenir ou à favoriser les déchirures du col de l'utérus ou du périnée? — Les lacérations sont-elle plus fréquentes avec le nouveau mode de délivrance sous l'anesthésie ou avec le vieux système sans anesthésie. Je n'ai pas de statistiques exactes pour me guider en cette matière, mais je vous dirai ici que j'ai pratiqué et l'ancienne et la nouvelle méthode, et je suis en état d'affirmer positivement que tous mes cas de déchirure grave du col de l'utérus et du périnée ont eut lieu quand le chloroforme n'avait pas été employé. Beaucoup de déchirures très graves de ces parties se sont produites dans des cas où l'accouchement s'était fait avant mon arrivée. Je suis assurément d'opinion que le relâchement complet des plans musculaires du plancher du bassin constitue le plus sûr moyen contre les accidents de ce genre et je ne connais aucun agent autre que le chloroforme capable d'amener cet extrême relâchement du tissu musculaire et de mettre de la sorte la parturiente dans une condition plus favorable à prévenir les déchirures. Permettez-moi de vous rapporter brièvement le cas de Mad. T., une jeune femme qui eut au cinquième mois de sa grossesse un avortement accidentel. Je fus appelé à peu près huit heures après, et je constatai une rétention du placenta. Il y avait rigidité excessive du périnée et une forte contraction des parois du vagin. Le vagin était étroit et le col utérin fortement contracté sur le cordon ombilical précident. Je résolus alors de mettre la malade complètement sous l'influence du chloroforme dans l'espérance de produire un relâchement suffisant des parties molles pour me permettre d'introduire les doigts dans l'utérus et d'en extraire le placenta adhérent. Pendant que la patiente était dans un sommeil profond, je trouvai, à ma grande surprise, un relâchement complet

du périnée, du vagin et du col. Ces tissus se trouvèrent dans une condition telle d'extrême flaccidité que je pus parfaitement bien passer la main non seulement dans le vagin, mais encore dans l'utérus, également flasque, saisir le placenta, en défaire les adhérences et le retirer en entier. Sans chloroforme, cette opération n'aurait pu se faire. Dans le cours de ma vie professionnelle, j'ai eu l'occasion d'expérimenter de nombreuses méthodes proposées par différentes autorités pour prévenir les déchirures du périnée. Toutes m'ont paru plus ou moins défectueuses, quelques-unes tout-à-fait inutiles. Depuis quelques-années la méthode qui m'a donné le plus de satisfaction est celle qui consiste à distendre le périnée en introduisant les doigts dans le vagin et en exerçant des tractions forcées vers le rectum de manière à maintenir un relâchement continu du périnée jusqu'à ce que la tête du fœtus vienne presser sur lui, il est alors le plus souvent suffisamment distendu. La parturiente est alors maintenue sous l'influence de l'anesthésique jusqu'à ce que la tête commence à dépasser la vulve alors qu'on en cesse l'administration. Pour moi, cette dilatation mécanique du périnée, combinée à l'effet résolutif de l'anesthésique, a été le moyen de prévenir plus de déchirures que par aucune autre méthode.

En terminant, je puis dire avec franchise qu'après une longue et heureuse expérience de l'emploi du chloroforme en accouchement, je crois qu'il constitue un bienfait non seulement pour la parturiente mais aussi pour le médecin. Quelle vie lugubre, ennuyeuse et répugnante serait celle du médecin, s'il n'avait les moyens de soulager la douleur. Cependant depuis des siècles et des siècles la femme en proie au douleurs de l'enfantement devait se résigner à de terribles tortures, sans espoir d'être soulagée avant la fin de l'accouchement.

Pendant le demi siècle qui vient de s'écouler, la profession médicale a émerveillé tout le monde civilisé par ses découvertes et ses perfectionnements ayant pour objet de soulager la souffrance humaine, d'améliorer la santé et de prolonger la vie, et elle a droit de s'enorgueillir des résultats obtenus. La découverte du chloroforme est certainement un des plus grands bienfaits de la science.

LA SYMPHYSEOTOMIE, JOSEPH M. RECTOR, M. D. — En 1644, Jean de la Courvée proposa comme remède au mal la section de la symphyse du pubis et pratiqua l'opération de la symphyseotomie; mais le succès fut si minime qu'avec lui l'opération tomba en discrédit.

Sigault, de Paris, la ressuscita en 1777, mais c'était à Morisani de Naples, en 1866, qu'il appartenait d'attirer l'attention du monde médical sur la symphyséotomie, et à lui revient l'honneur d'avoir posé cette opération sur une base scientifique. Les nombreux chirurgiens de l'Italie suivirent de suite son exemple, et de 1777 à 1858, il y eut en Italie seulement, quatre-vingt-six opérations de pratiquées, tandis qu'à Naples, dans les vingt années qui suivirent, il y en eut soixante-six.

En France l'opération ne fut acceptée que dans ces deux ou trois dernières années, alors que Tarnier, Pinard et Charpentier firent connaître les résultats favorables qu'ils avaient obtenus. Les Allemands (Freund, Zweifel, Leopold) se déclarèrent ensuite partisans de la symphyséotomie, tandis qu'aux Etats-Unis le premier cas ne fut rapporté qu'en septembre 1892, par le Dr Jewett, de Brooklyn.

Les Français, sous la direction de Sigault, et les Allemands sous celle de Freund et Zweifel ont pratiqué l'opération dite "à ciel ouvert" : *v. g.* une incision est faite sur la symphyse du pubis variant en longueur au goût de l'opérateur, un cathéter rigide est introduit dans l'urèthre et maintenu sur un côté. Puis l'opérateur glisse son doigt en arrière de la symphyse le long de l'instrument servant de guide et avec un bistouri boutonné il pratique une incision dans le cartilage de haut en bas et de dedans en dehors. Les Italiens, Morisani et Spinelli à leur tête, préfèrent la méthode sous-cutanée, *v. g.* une incision de 3 à 3½ centimètres et se terminant à 1 ou 2 centimètres au-dessus du pubis est faite sur la ligne médiane. Puis une incision transverse divise les muscles pyramidaux. Le doigt est alors introduit en arrière de la symphyse du pubis et sous son bord inférieur, et avec ce doigt comme guide, la facette de Galbaite est entraînée audessous de la symphyse du pubis et le cartilage est sectionné de bas en haut et de dedans en dehors.

L'opération faite, c'est une question de choix et de préférence de la part de l'accoucheur de délivrer de suite la parturiente ou de s'abstenir de toute intervention, permettant ainsi à la nature d'accomplir la délivrance. L'état de la mère ou les variations dans les bruits du cœur du fœtus sont les meilleurs guides. Zweifel conseille de ne jamais intervenir avant douze heures; Morisani applique le forceps dans les présentations par le sommet 25 fois pour 100; Garrigues fait de suite l'extraction du fœtus.

Après l'accouchement, Pinard couche sa parturiente dans un lit spécialement construit dans ce but. Zweifel fait la suture des os. Garrigues applique des bandelettes de diachylon autour du bassin et sur les trochanters.

FORMULAIRE

Panaris.

R.—Borate de soude..... } àâ 1 drachme
 Axonge..... }

D.—Faire un onguent et appliquer à la première apparition du mal.—*Hôpital Notre Dame.*

Gale, poux et teignes.

R.—Borate de soude..... 2 drachmes
 Vaseline..... 3 onces
 Ong. d'oxyde de zinc..... 2 onces
 Huile de cade..... 2 onces

D.—En application locale 2 ou 3 fois par jours.—*Onguent de cade co.*

Sirop de citron.

Acide citrique..... 6 drachmes
 Eau..... Q. S.
 Sirop blanc..... 1 livre
 Essence citron..... 30 gouttes

D.—Faites dissoudre l'acide dans de l'eau chaude, ajoutez le sirop et l'essence, agitez jusqu'à ce que le tout soit mêlé.

Hystérie

R.—Infusion de valériane..... 4 drachmes
 Teinture de valériane co..... 1 drachme
 Eau camphrée..... 4 drachmes

D.—A prendre 3 fois par jours.—*Laramée.*

Bronchite capillaire (enfants)

R.—Tartre émétique..... 1 grain
 Morphine..... $\frac{1}{4}$ grain
 Sirop de tolu..... 1 once
 Eau..... 3 onces

D.—Une cuillerée à thé toutes les heures.—*Desrosiers.*

Pharyngite

R.—Acide phénique.....	10 gouttes
Borate de soude.....	2 onces
Glycerine ..	7 drachmes
Eau de roses.....	8 onces

D.—En vaporisation dans la gorge. — *Solution de Dobell.*

Diarrhée

R.—Bismuth.....	} àâ 10 grains
Craie co.....	

D.—Pour une dose 3 fois par jour.

Coliques venteuses

R.—Colombo.....	$\frac{1}{2}$ once
Gingembre... ..	$\frac{1}{2}$ once
Senné.....	1 drachme
Eau chaude.....	1 pinte

D.—En infusion, 1 verre à vin 3 fois par jour. — *Bartholow.*

Dysenterie

R.—Sulfate de magnésie.....	1 once
Acide sulfurique dilué.....	2 drachmes
Sulfate de morphine.....	1 grain
Eau.....	4 onces

D.—Une cuillerée à soupe toutes les 3 ou 4 heures. — *Bartholow.*

Coqueluche

R.—Cochenille.....	$\frac{1}{2}$ scrupule
Carbonate de potasse.....	1 scrupule
Sucre.....	1 drachme
Eau.....	4 onces

D.—Une cuillerée à dessert 3 fois par jour.

Eclampsie

R.—Chloral.....	20 grains
Bromure de potassium.....	30 grains
Eau.....	2 onces

D.—En injection rectale après saignée. — *Dagenais.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - DR A. LAMARCHE.

Rédacteur en-chef : DR E. P. BENOIT

MONTREAL, SEPTEMBRE 1895.

BULLETIN MEDICAL

Les Congrès de Bordeaux

Pas moins de cinq congrès ont eu lieu en France durant le mois d'août dernier, et chose remarquable, tous les cinq se sont réunis à Bordeaux. En voici la liste: Congrès pour la protection de l'enfance (29 juillet, 3 août), Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France (1, 5 août), Congrès pour l'avancement des sciences (4 août, 10 août), Congrès français de médecine (8-14 août) Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie (8-14 août). On voit que les savants d'Europe emploient bien leurs vacances. L'importance de ces congrès est telle que nous croyons devoir leur consacrer le présent bulletin.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

M. le prof. Joffroy établit son discours inaugural sur la donnée suivante: l'aliénation mentale n'est qu'une partie de la pathologie cérébrale et la psychologie n'est qu'une partie de la physiologie du cerveau. Après avoir développé sa thèse, il conclut à la nécessité de rendre à l'aliénation mentale la place qu'elle doit occuper dans l'enseignement médical. Les médecins ne doivent pas regarder la psychiatrie comme chose étrangère à leur art. Le Congrès s'occupe ensuite à discuter les trois questions du programme.

Première question: les psychoses de la vieillesse (rapporteur: Dr Ritti).—M. le Dr Ritti a fait un exposé magistral de la question; tous les membres du Congrès ont été de l'avis du savant médecin, et la discussion n'a fait que confirmer ses avancés. Cette question des modes de folie propres aux vieillards offre un intérêt très grand;

voici ce qu'en dit le Dr Ritti. Il va sans dire que nous résumons. Le début de la vieillesse peut être difficilement fixé : il dépend de la constitution, du genre de vie, d'une foule de circonstances. Ce n'est pas au chiffre de ses années, mais à l'état de ses forces physiques et intellectuelles qu'il faut juger de l'âge d'un homme. L'âge modifie l'anatomie des vaisseaux et de l'écorce cérébrale. L'athérome empêche la nutrition des éléments : il y a involution sénile, régression de la matière qui se traduit par une dégénérescence progressive, une atrophie. C'est ce qui fait que le caractère se modifie chez le vieillard. Mais il faut bien se rappeler que la vieillesse est un état physiologique. Par conséquent, si l'on veut étudier les psychoses de la vieillesse, il faut écarter la démence sénile avec son cortège d'idées délirantes, les troubles mentaux consécutifs à des lésions en foyer, des ramollissements, des hémorrhagies, ou la démence qui suit la paralysie générale. Tous ces états sont basés sur une lésion pathologique. Par psychoses de la vieillesse, il faut entendre les troubles mentaux qui surviennent subitement chez un vieillard jusque là indemne et qui peuvent être regardés comme une conséquence de l'évolution physiologique.

Après avoir ainsi délimité le sujet, le Dr Ritti fait une description des tristes effets de la vieillesse non seulement sur l'organisme humain, mais encore sur l'intelligence. L'involution sénile se fait d'abord sentir chez l'homme par des troubles de la vie psychique, des transformations non seulement de l'intelligence, mais du sentiment et du caractère. Le vieillard perd la mémoire, les impressions récentes s'effacent vite, les souvenirs de l'âge mur s'affaiblissent, ceux du jeune âge reviennent plus vifs et plus nets. De plus le vieillard devient impuissant à associer les idées.

Tous ses sentiments convergent vers lui-même (tendance égoïste de Ziehen) ; il est égoïste, se défie des personnes qui lui sont chères, etc. C'est sur cette psychologie, cet état d'âme particulier que viennent se greffer les maladies mentales, les psychoses. Le plus souvent c'est de la mélancolie, soit simple, soit agitée, soit avec stupeur. On rencontre aussi la manie, et quelquefois la folie à double forme. Ou bien ce sera de la confusion mentale, ou encore du délire des persécutions ou des grandeurs. Les cas les plus tristes sont ceux de folie instinctive : kleptomanie, érotisme, exhibitionnisme, etc. Toutes ces psychoses se développent chez le vieillard sans que rien dans la vie antérieure ne les ait fait supposer.

Dans tous les cas de folie chez les vieillards, il est possible de constater des troubles de la circulation du cerveau (anémie, congestion) soit par lésions cardiaques, soit par athérome. Le Dr Vergely, de Bordeaux, a même signalé des cas de délire lié aux maladies bronchiques et pulmonaires. Presque tous les vieillards souffrent aussi du côté de la vessie et des reins. Il peut y avoir intoxication urémique ; c'est même là la cause probable de la confusion mentale.

Enfin la glycosurie (diabète) a aussi au rapport étroit avec la mélancolie. On peut dire que trois conditions sont nécessaires à la folie chez le vieillard : 1° prédisposition héréditaire ; 2° transformation organique du cerveau par le progrès de l'âge ; 3° cause occasionnelle de nature morale (émotions, préoccupations, etc.) ou physique (troubles de la circulation, auto-intoxication). Au point de vue de la médecine légale, le vieillard peut se livrer à des actes délictueux ou criminels (tentatives d'homicide, vols, outrages publics à la pudeur). Le médecin peut aussi être appelé à juger de sa capacité civile : interdiction, opposition au mariage, validité d'un testament. La folie du vieillard est très souvent curable.

Deuxième question : Corps thyroïde et maladie de Basedow.—On sait que la maladie de Basedow est le nom que l'on a donné au goître exophtalmique. Cette maladie s'accompagne d'une foule de symptômes : tremblement, accès de diarrhée paroxystique, boulimie, fringales, crises de dyspnée, polyurie, troubles menstruels, troubles de nutrition de la peau, perturbations du caractère, convulsions épileptiformes, anémie chlorotique, cachexie. Mais pour que la maladie soit véritablement classique, il faut qu'elle présente les trois signes suivants : hypertrophie de la glande thyroïde, exophtalmie, tachycardie. On admet généralement que cette maladie dépend de la glande thyroïde. Seulement, ce qui rend l'étude de cette maladie difficile, c'est que l'on ne connaît pas bien le fonctionnement de cette glande. On suppose, c'est la théorie émise par le rapporteur, le Dr Brissaud, que c'est une glande qui sert à purifier le sang, et que lorsqu'elle fonctionne trop vite ou s'hypertrophie, pour une cause ou pour une autre, il survient une intoxication qui se manifeste surtout vers les centres nerveux du bulbe et de la protubérance, ce qui expliquerait les palpitations du cœur et l'exophtalmie par la paralysie du pneumogastrique et des muscles extrinsèques de l'œil. Les membres du Congrès n'ont pas pu se mettre d'accord sur la cause directe de la maladie, quoique tous conviennent qu'elle résulte d'un mauvais fonctionnement de la glande. MM. Ballet et Enriquez sont à faire, dans le service du Dr Brissaud, des essais de sérothérapie qui, l'on espère, seront fructueux. Le traitement chirurgical consiste dans la ligature des artères thyroïdiennes ou l'ablation partielle de la glande.

Troisième question : Des impulsions irrésistibles des épileptiques.—Voici en peu de mots le rapport du Dr Parent. Les épileptiques ont des moments passagers de délire pendant lesquels ils peuvent se livrer à des actes délictueux ou criminels. Ces actes criminels consistent en violences et attentats contre les personnes, attentats contre eux-mêmes (suicides), fugues et vagabondage, vols et incendies, outrages publics à la pudeur. L'impulsion qui pousse l'épileptique à commettre ces actes survient d'une manière soudaine, est irrésistible et suivie d'une amnésie complète ; le délire passé, l'épileptique ne se

souvient de rien. Ces impulsions peuvent survenir chez des épileptiques qui n'ont pas d'attaques (épilepsie larvée, épilepsie mentale). L'épilepsie en elle-même n'enlève pas la responsabilité, mais l'épileptique délirant est irresponsable et doit être interné.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE.

M. le prof. Bouchard en a fait le discours d'ouverture, discours superbe, discours de maître, où les grandes questions de médecine transcendante sont traitées avec une hauteur de vue et une science très grandes. Après avoir passé en revue les derniers progrès, après avoir étudié dans son essence la bactériologie, le savant professeur arrive aux conclusions suivantes. Le rôle de la bactériologie est plus rétréci que l'on pense, ce qui domine, c'est la réaction passagère ou persévérante de l'économie. L'organisme se défend par sa propre réaction. C'est la modification de la nutrition cellulaire qui produit l'immunité, modification amenée par le passage des matières bactériennes dans l'économie. Il en résulte une sécrétion cellulaire modifiée dont le résultat se constate dans le sérum du sang. La sérothérapie ne fait qu'aider à cette fonction curative de l'économie. " Cette sérothérapie rentre, elle aussi, dit le prof. Bouchard, dans la thérapeutique naturaliste avec cette particularité que le médicament a été fabriqué par l'animal. Ne pensez-vous pas, messieurs, que les grands progrès thérapeutiques dont nous saluons l'évènement, loin d'ébranler le vieil édifice de la médecine, ne font que le consolider; qu'ils y trouvent leur place préparée d'avance et que les nouveaux remèdes, comme les anciens, ne font le plus souvent que solliciter l'effort de la vieille nature médicatrice." L'UNION MÉDICALE a déjà exposé cette question de la sérothérapie dans la diphtérie.

La première question du Congrès était celle-ci : *Les myélites infectieuses*. A part la syphilis et la tuberculose, une foule de maladies infectieuses même des plus banales (fièvres éruptives, érysipèles, diphtérie, grippe, pneumonie, etc.) peuvent s'accompagner de manifestations du côté de la moëlle, pourvu que le patient offre une prédisposition névropathique acquise ou héréditaire. Cette intoxication des centres nerveux se constate à l'autopsie par des altérations anatomiques (altération du tissu parenchymateux de la moëlle) et se manifeste durant la vie par différents symptômes dont les troubles de la nutrition et les paralysies sont les principaux. Au point de vue clinique, ce n'est pas la nature de l'infection, c'est le siège de la maladie qui détermine les symptômes. Comme disait Charcot, la lésion n'est rien, la localisation est tout. C'est surtout sur cette dernière considération qu'il faut baser le pronostic et le traitement.

Les deux autres questions du Congrès sont les suivantes. *Rapports du foie et de l'intestin en pathologie. Des antithermiques analgésiques.* Malheureusement nos échanges d'Europe et surtout de Bordeaux nous sont parvenus trop tard pour nous permettre d'en

donner aujourd'hui une analyse suffisante. Nous y reviendrons. Mais nous ne saurions passer sous silence l'importante conférence de M. le docteur Maragliano, de Gênes, sur *la sérothérapie dans le traitement de la tuberculose*, puisque les journaux quotidiens en ont même parlé. Le clinicien génois suit une méthode particulière ; il prépare son sérum avec les substances toxiques extraites des cultures de la tuberculose, et non avec les cultures comme on avait fait jusqu'à présent. Il a soigné, avec ce sérum, 83 phtisiques à toutes les périodes et a obtenu un certain nombre de succès. Il en conclut que le sérum peut guérir la tuberculose quand elle n'est pas trop avancée, qu'il n'y a pas destruction grave du poumon. Le docteur Maragliano a présenté au Congrès des échantillons de son sérum, mais il a demandé d'attendre la confirmation de ces premiers succès avant d'en faire connaître complètement le mode de fabrication. Cette communication du docteur Maragliano est d'une très grande importance et promet beaucoup. C'est la première fois qu'on présente à un Congrès l'observation d'une série de tuberculeux traités dans une clinique par la sérothérapie et avec succès.

CONGRÈS POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE.

Ce Congrès n'ayant qu'une importance secondaire pour nos abonnés, nous nous contenterons de dire qu'on y a discuté longuement sur l'administration des asiles ouvriers et des maternités, ainsi que sur les lois à établir pour la protection physique et morale des enfants abandonnés. Ce sont des questions qui doivent cependant intéresser tout le monde, puisqu'elles relèvent de l'hygiène. Il en est de même de la question de l'allaitement des enfants, qui ne peuvent vivre qu'avec une nutrition saine.

CONGRÈS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

L'une des questions de ce Congrès intéresse tout particulièrement la médecine ; c'est celle qui regarde la nutrition de l'organisme à l'état normal et à l'état pathologique. On peut dire que c'est une question primordiale, car toute la pathologie moderne évolue sur deux pivots : 1° intoxication de l'organisme ; 2° trouble de sa nutrition. Il est facile d'ailleurs de s'en convaincre en repassant les travaux des congrès de Bordeaux. L'UNION MÉDICALE se propose d'exposer un jour ou l'autre cette question à ses lecteurs.

CONGRÈS DE GYNECOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUES ET DE PÉDIATRIE.

Voici les questions discutées au Congrès : *Déviation utérines. Traitement de la septicémie puerpérale. Malformations du membre inférieur : plus spécialement luxation congénitale de la hanche et pied-bot.* Les retards de la maille d'Europe et surtout le défaut d'espace nous obligent à remettre au mois prochain l'analyse de ces travaux. Nous attendrons aussi au prochain numéro pour parler de la réunion à Londres les 30 et 31 juillet, 1er, 2 et 3 août de la *British Medical Association*, à laquelle près de 3000 médecins ont assisté.

COURRIER DE L'HOPITAL

Notes du Dr A. Ethier, interne en chef

Les salles des différents services ont été assez bien remplies durant ce mois d'août et il s'y est rencontré des cas assez intéressants, mais ayant été absent presque tout le mois je regrette de ne pouvoir faire part de ces cas aux lecteurs de l'*Union Médicale*. Cependant voici quelques notes que j'ai pu recueillir.

Le service de médecine n'a pas eu de lits vacants bien souvent. Le chef de service et son interne ont été en lutte continuelle avec le microbe de la fièvre typhoïde. Il y a actuellement, on pourrait dire, une véritable épidémie de cette maladie depuis le commencement d'août. La véritable cause? Il est bien difficile de la reconnaître d'après les maigres renseignements fournis par les victimes transportées ici. Ce que nous remarquons d'étrange chez nos malades atteints, c'est que chaque cas se comporte différemment. La marche de la température surtout est tout à fait typique. Et les complications sont fréquentes. A part deux ou trois cas qui ont suivi le cours ordinaire, les autres ont donné beaucoup d'inquiétudes. Le cas le plus curieux est celui d'un jeune belge qui est sous traitement depuis au delà de quinze jours. A son entrée ici il offrait des symptômes de typhoïde, mais pas très caractérisés. Ayant autrefois séjourné en Afrique en service dans l'armée, il contracta alors la malaria et aujourd'hui il semble offrir des symptômes de ces deux maladies. Le sujet est encore sous observation.

Beaucoup de chirurgie courante. A part cela une fillette de 15 ans a subi une résection du genou gauche pour une arthrite de nature tuberculeuse. Les extrémités inférieure du fémur et supérieure du tibia étaient fortement augmentées de volume et grandement altérées. La rotule semblait saine, et a été conservée. Jusqu'à présent la patiente se comporte bien. Ce mois d'août nous a fourni plusieurs cas de cure radicale de hernie inguinale qui tous ont donné bon succès.

Notre chef de clinique en gynécologie ayant été absent depuis juillet jusqu'à ces jours derniers, il n'y a pas eu d'opérations majeures de pratiquées. J'ai revu avec plaisir ces jours-ci une jeune femme opérée il y a 4 mois pour une ascite avec péritonite tuberculeuse. Après le premier examen, le développement particulier de l'abdomen et d'autres symptômes firent pencher en faveur d'un kyste de l'ovaire gauche, mais le dernier mot fut laissé à la laparatomie. C'était bel

et bien une péritonite tuberculeuse généralisée, accompagnée d'une ascite avec adhérences intestinales. Depuis la patiente a pris beaucoup d'embonpoint, n'accuse plus de douleurs, et le liquide ne s'est pas reproduit. Jusqu'à présent le résultat est satisfaisant.

En ophtalmologie il y a eu 3 énucléations de l'œil à la suite de traumatismes et d'un épithéliome. Les sujets sont encore sous traitement, et le cas d'épithéliome se comporte au-delà de ce que l'on attendait.

Août 31, 1895.

BIBLIOGRAPHIE

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, vice-président de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'Hôtel Dieu, publiées par le Dr FÉLIX LEJARS, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris. (Tome Ier, 1 fort volume in 8°, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur, Paris.)

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprennent trois volumes. Le premier est consacré à l'*Hygiène hospitalière*, à la *Démographie* et à l'*Hygiène publique*; il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général d'*Hygiène hospitalière* (doctrine contagionniste), se trouvent d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre des *Maternités*, paru en 1866, véritable monument, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la *Démographie* et à l'*Hygiène publique*. Dès 1867, Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité. En 1870, il répétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales: la mortalité des nouveaux-nés. Vingt ans plus tard, la question de la *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. Il en est de même de ses autres discours académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et l'*Isolement des varioleux*, etc.

Le deuxième volume sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire* et l'*Enseignement*, le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*.

La Phtisique et son traitement hygiénique (*Sanatoria — hôpitaux spéciaux — cure d'air*), par le Dr E.-P. LÉON PETIT, médecin de l'hôpital d'Ormesson, secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tuberculeux, préface de M. le Dr HÉRARD, membre de l'Académie de Médecine. (1 vol. in 12 avec 20 grav. dans le texte, cartonné à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Le Dr Léon Petit qui a, dès la première heure, pris une part si active à la lutte sociale contre la phtisie, présente dans cet ouvrage avec l'autorité que lui donnent ses travaux antérieurs, un programme de traitement qui ne peut être que recommandé à l'attention des médecins et des hygiénistes, des pouvoirs publics et des malades eux-mêmes.

HÉNOQUE (DR ALBERT), Directeur adjoint du Laboratoire de Physique biologique du Collège de France. — **Spectroscopie biologique. Spectroscopie du sang.** Petit in 8° (*Encyclopédie scientifique des Aide Mémoire.*) Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

L'auteur a résumé, dans ce livre, les notions générales nécessaires pour utiliser les procédés les plus simples de la technique de la Spectroscopie biologique. Il en démontre les applications à l'étude spectroscopique du sang. Il décrit sa méthode d'Hématospectroscopie qui permet de pratiquer l'analyse qualitative et quantitative de l'hémoglobine ou de ses dérivés dans les tissus vivants, et qui a produit des résultats des plus importants pour les physiologistes et les médecins.

CHARRIN (A.), Professeur agrégé, Chef du laboratoire de Pathologie générale à la Faculté de Médecine, Membre de la Société de Biologie, Médecin des Hôpitaux. — **Poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif.** Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.*) Broché, 2 fr. 50 c. Cartonné, 3 fr.

M. Charrin donne, dans ce volume, la suite de ses recherches sur les poisons de l'organisme en les étudiant, non plus à un émonctoïre, dans un appareil d'élimination, mais dans un appareil de formation : le tube digestif.

Il montre que ces principes toxiques sont peu abondants dans la bouche, plus nombreux dans l'estomac, plus encore dans l'intestin, et indique les moyens de combattre les accidents que ces poisons engendrent dans l'organisme.

DENISON. — **Exercise and Food for Pulmonary Invalids** by Chs Denison, A. M., M. D., in-16, 71 pages, prix 35 cts 1895. The Chani & Hardy Co, Denver, Col., E.-U.

CHRONIQUE

Inauguration du Nouvel Edifice de l'Université Laval. — Afin de profiter de la réunion des évêques de la province ecclésiastique de Montréal, l'inauguration du nouvel édifice aura lieu mardi, le 8 octobre prochain, à huit heures du soir. Son Excellence le gouverneur-général, le lieutenant-gouverneur et tous les hauts dignitaires de la province, les évêques de St Hyacinthe, Sherbrooke et Valleyfield assisteront à la séance, que présidera Mgr Fabre, archevêque de Montréal. Le public sera admis sur invitation spéciale. Le programme, entremêlé de musique, comprend des discours par le gouverneur-général Aberdeen, le lieutenant-gouverneur Chapleau, Mgr l'archevêque Fabre, les doyens des facultés de droit et de médecine, le vice-recteur Proulx et Sir William Henry Hingston. Après la séance, des rafraîchissements seront servis dans le grand salon aux invités, qui pourront alors visiter l'édifice complètement terminé.

Le rez-de-chaussée est occupé par le gardien, les salles de récréation et les fumoirs des facultés de droit et de médecine. Le premier étage contient les salons, l'appartement du vice-recteur et les salles réservées aux cours de la faculté de droit. Le second étage comprend deux grandes salles de cours dont l'une communique par un rideau avec le laboratoire du professeur de chimie. Il y a aussi un laboratoire éclairé par deux grands chassis vitrés qui sera consacré à l'étude de la microscopie, et plusieurs autres laboratoires munis de cheminées à auvent. Sur le même étage se trouvent la salle des professeurs, les bureaux du trésorier et du secrétaire de la faculté de médecine, les chambres réservées aux professeurs et une petite tabagie où les élèves en médecine pourront fumer entre les cours. Le troisième et le quatrième étages sont occupés par la grande salle des promotions et plusieurs salles spacieuses qui serviront de musée, de bibliothèque, d'amphithéâtre pour le professeur d'anatomie et de laboratoires. Tout l'édifice est éclairé à la lumière électrique, muni d'ascenseurs et de toutes les améliorations modernes, et chauffé à l'eau chaude. Les parquets cirés sont en bois dur, le plancher du laboratoire de chimie en ciment.

Les cours de la faculté de médecine commenceront mardi, le 1er octobre. Chaque élève aura au sous-sol une petite armoire où déposer son pardessus, et la faculté mettra à la disposition de tous une salle où l'on trouvera les journaux politiques et médicaux. Les élèves en médecine ne seront pas obligés de porter la toge et l'assistance au cours sera constatée désormais par l'appariteur. La bâtisse située près de l'Hôtel-Dieu servira jusqu'à nouvel ordre de salle de

dissection, mais il est très probable qu'elle sera vendue sous peu pour servir de morgue. Dans ce cas, un local situé près de l'Université servira à la dissection. L'examen supplémentaire sur les matières finales aura lieu le 11 septembre prochain, et le concours de médecine légale le 18 septembre.

MM. les professeurs Foucher et Mignault sont chargés de l'installation du musée et de la bibliothèque. On y transportera sous peu les 500 et quelques volumes que le Dr Brunelle a rapporté de Paris en 1889. Le Dr Edouard Desjardins, qui a aussi rapporté de son dernier voyage plusieurs préparations de la maison Tramond (nerf facial, nerf trijumeau, œil, oreille, sections du crâne), en a généreusement fait don à l'Université. Nous savons de sources certaines que M. l'abbé Proulx restera vice-recteur et qu'il se propose cette année de s'occuper spécialement des besoins de l'Université sous le rapport du matériel d'enseignement.

Les progrès du journalisme médical. — Il nous fait plaisir de constater que le journalisme médical progresse considérablement au Canada et aux Etats-Unis. Durant les vacances qui viennent de finir, quatre de nos échanges ont agrandi leur format et revêtu un caractère nouveau. C'est d'abord le *Dominion Medical Journal* qui absorbe l'*Ontario Medical Journal*, double le nombre de ses pages et devient l'organe officiel du bureau médical d'Ontario. C'est ensuite le *Montreal Medical Journal*, le journal de l'Université McGill, qui augmente son format, donne quatre vingts pages de texte et publie non seulement les travaux de nos meilleurs cliniciens anglais, mais encore des correspondances de savants aussi connus que William Oster, de Baltimore. Vient alors le *Buffalo Medical Journal* qui célèbre son cinquantième anniversaire par un numéro illustré de 120 pages. Enfin (nous suivons les dates) notre jeune confrère la *Clinique* qui prend le format d'une revue, annonce son programme et met sur son comité de rédaction plusieurs médecins de talent. Telle qu'elle nous est parvenue sous sa nouvelle forme, la *Clinique* est vraiment bien faite et fait honneur à la profession médicale ainsi qu'à son propriétaire. Nous y avons remarqué un article très bien écrit et surtout très bien pensé du Dr Marien, actuellement à Paris, sur le "Microscope dans le domaine clinique". Tout le monde ne peut que se féliciter de voir ainsi la science médicale prendre dans la province une importance de plus en plus grande. *L'Union Médicale* ne restera pas en arrière du mouvement. Depuis longtemps qu'elle songe à s'agrandir, elle attend ses noces d'argent pour revêtir une toilette nouvelle et faire une surprise à ses lecteurs.

Le professeur McGannon. — L'Université de Nashville, Tennessee, vient d'entrer dans une nouvelle phase, et à cette occasion le *Nashville Journal of Medicine and Surgery* nous arrive tout pavoisé des couleurs universitaires. Nous remarquons parmi les portraits

des nouveaux professeurs celui du Dr M. C. McGannon, un canadien élève du collège d'Ottawa et de McGill. Le Dr McGannon, après avoir été aussi l'élève privé du professeur William Gardner, de cette ville, pratiqua pendant quelques temps la médecine à Brockville, puis entra comme interne au Women's Hospital de New-York et fut attaché comme professeur agrégé au Post-Graduate. Il occupa encore ces positions lorsque l'Université de Nashville lui offrit la chaire de gynécologie, qu'il accepta. C'est un honneur qui rejaillit sur la profession canadienne toute entière.

Le monument Chénier.— Pour la première fois dans les annales du pays, un médecin canadien français a sa statue sur l'une de nos places publiques, le Square Viger. Bien que l'événement ait donné lieu à beaucoup de controverse, nous ne voulons pas le laisser passer sous silence. Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur l'insurrection de 1837, l'on ne peut nier que le Dr Chénier fut un homme viril, qui poussa la conviction de ses idées et le dévouement à la cause qu'il soutenait jusqu'au sacrifice de sa propre vie, et pour cela seul il a droit à notre considération et à notre respect. Nous lisons parmi les noms des membres du comité d'inauguration, ceux de l'hon. Dr Marcellin, conseiller législatif à la chambre de Québec, J. M. Beausoleil, registrateur du Collège des Médecins, L. A. Fortier, de St Eustache, etc.

Le registre médical du Collège des Médecins.— Nous avons reçu une copie du Registre médical du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. C'est une heureuse idée. Comme le dit monsieur le registraire, il est encore fort incomplet, mais il y a un commencement à tout, et nous sommes sûrs qu'avant longtemps on réussira à le mettre au point.

Le concours de matière médicale et de thérapeutique.— Le concours de matière médicale et de thérapeutique à l'Université Laval s'est terminé par la nomination de M. le docteur Hervieux, que nous félicitons d'autant plus vivement que la concurrence a été très vive. Le L. Hervieux ne l'a remporté que par quelques points sur ses adversaires, et ceux-ci ont droit aussi à nos félicitations. Les questions de l'examen écrit ont porté sur la digitale et sur l'intoxication par la strychnine. A l'examen oral, le Dr Gauthier a eu à parler sur le quinquina, le Dr Hervieux sur la digitale et l'ergot, le Dr Chopin sur les sels de potasse. Tous les candidats se sont fort bien acquittés de leur tâche, et les séances du concours ont été très intéressantes à suivre.

Le concours de médecine légale.— Voici le titre des thèses présentées par les candidats à ce concours, qui aura lieu le 18 septembre courant. M. le docteur Villeneuve: "La médecine légale des

aliénés au Canada : responsabilité légale". M. le docteur Rivet : " De l'incertitude des signes de mort par suffocation dans l'infanticide." M. le docteur Moreau : " De l'assurance sur la vie et des sociétés de bienfaisance." Pour charmer les loisirs de l'attente, le Dr Villeneuve se livre, depuis quelque temps, en compagnie du Dr Johnson, à des expériences sur des chiens, afin d'étudier la rigidité cadavériques à la suite de mort violente.

La kermesse de l'Hôpital Notre-Dame. — Une grande kermesse au profit de l'hôpital Notre-Dame s'ouvrira le 14 octobre prochain dans la salle d'exercice militaire située en face du Champs de Mars, rue Craig, et durera toute la semaine. Le Tout Montréal s'est donné la main pour aider aux dames patronesses de l'hôpital dans leur œuvre de charité, qui sera sous le patronage distingué de leurs excellences le gouverneur-général et la comtesse d'Aberdeen. Ce sera une fête artistique en même temps qu'humanitaire, et nul doute que la charité du public répondra à l'appel qui lui sera fait au nom des malades. Voici la liste des objets auxquels seront consacrés les différentes sections de la kermesse : ouvrages de fantaisie, objets d'art, linge, jouets, bonbons, fleurs, livres et papeterie, porcelaines et cristaux, tabacs et cigares, articles de Paris, produits alimentaires, etc., etc. Des comités spéciaux se chargeront d'approvisionner les tables de la salle à dîner de vins et liqueurs, de crème à la glace, d'huitres, de gâteaux et de rafraîchissements, organiseront les tables de raffle, de loterie, le bureau de poste, la pêche, le bureau de livraison, les thés de cinq heures et les amusements du soir. On trouvera même des gypsies qui diront la bonne aventure. La modique somme de dix centins sera demandée aux visiteurs comme prix d'entrée.

L'uniformité des examens. — L'Association Médicale du Canada, qui vient de se réunir à Kingston, a chargé son secrétaire général de s'entendre avec les secrétaires des bureaux provinciaux de médecine au sujet des moyens à prendre pour rendre uniforme le programme des examens d'admission à l'étude et à la pratique de la médecine. Cette mesure établirait sur des bases beaucoup plus solides la profession médicale dans la Puissance, et permettrait de placer les noms des médecins canadiens sur le registre anglais. Nous avons déjà dit que les provinces maritimes s'intéressaient beaucoup au mouvement ; nul doute que si Québec, Ontario et les provinces de l'ouest s'occupent aussi de la question, on sera bien près de s'entendre.

De retour de New-York. — M. le docteur Brennan, professeur agrégé de l'Université Laval et gynécologue de l'hôpital Notre-Dame, qui s'est absenté de Montréal une partie de l'été et a passé entre autres un mois à New-York, travaillant dans les laboratoires, vient de nous arriver plus frais et plus dispos que jamais. Le savant professeur se dispose avec une ardeur nouvelle à commencer ses travaux de l'année scolaire.

VARIÉTÉS

La marche de la science.

En ce siècle de progrès, où l'intelligence humaine s'est mise à la tâche avec une activité fébrile, la science a fait des pas rapides et parcouru des distances énormes. Sous l'impulsion de cerveaux d'élite, elle a gravi des sommets lumineux jusqu'alors ignorés ou demeurés inaccessibles, et s'est parfois trouvée elle-même surprise de l'étendue d'horizon qui s'ouvrait devant ses yeux. Les grandes lignes qu'elle avait devinées se déroulaient devant elle avec une netteté prévue, et si parfois les détails cherchés se fondaient dans le paysage, l'ensemble du tableau, les données sur lesquelles il était construit lui apparaissaient sous une lumière nouvelle qui bien souvent lui en donnait la raison d'être. Ainsi qu'un voyageur dans un pays nouveau, elle pouvait alors étendre la main vers une direction quelconque et se dire par le raisonnement : "C'est par là qu'il faut passer." Et se remettant en route après cette halte sur un point éclairci, elle franchissait de nouvelles distances avec une satisfaction nouvelle et une compréhension plus sûre, gardant dans sa prunelle, pour étudier les détails maintenant plus clairs, la lumière du dernier sommet. Et dans les moments de repos, dans les arrêts entre deux étapes, l'humanité qui vivait sur sa route, attirée par la clarté de ses idées et la largeur de son raisonnement, saisissait sur ses lèvres le pourquoi de son enseignement et l'appliquait avec ardeur à la recherche incessante du mieux. C'est ainsi que le genre humain, guidé dans ses innovations par cette chercheuse de sommets lumineux, la science, change de siècle en siècle la surface du globe, cet étroit espace où le condamne à vivre la volonté d'un Dieu.

Le jour où la science tourna les yeux de Papin vers une marmite dont l'eau bouillante soulevait le couvercle, et lui fit comprendre toute la force que pouvait contenir un liquide, elle créa dans l'histoire de l'humanité un chapitre nouveau. Lorsque Newton, assis sous un pommier et rêvant à la science, regarda les fruits de l'arbre tomber sur le gazon et en comprit la cause, un monde nouveau lui fut révélé. Quand la hardiesse audacieuse de Franklin, conduisant le savant sur la colline, au milieu de l'orage, lui fit lancer dans les airs son cerf-volant métallique, et que la nuée, justifiant sa pensée, lui eut révélé son secret, la science gravissait d'un bond l'un des plus hauts sommets. Une civilisation nouvelle allait naître, dont l'ingénieur-physicien serait le roi, ayant comme pouvoir la vapeur, les

lois de l'équilibre et l'électricité. C'est alors que la race humaine put s'enorgueillir d'un progrès nouveau, l'effacement des distances.

Mais la science s'est elle contenté le lancer des locomotives sur des ponts suspendus, des palais flottants sur la mer, ou de faire courir la parole et la lumière sur des fils? A t elle ainsi relégué de ses mailles métalliques un bout de l'univers à l'autre sans s'occuper de celui pour qui et par qui tous ces prodiges s'accomplissent : l'homme? Non pas. Il lui est souvent arrivé, dans l'ivresse du succès, d'oublier son origine, mais la mort à tous moments lui rappelle que sa puissance est limitée, et que s'il lui est facile de bouleverser la surface du monde, elle ne change rien à l'organisme humain. Toute puissante lorsqu'il s'agit de la matière inerte, elle devient hésitante et peu sûre en face de l'être vivant. Elle analysera bien la composition de ses tissus, mais avec quelle lenteur! Elle pourra bien étudier le fonctionnement de ses organes, les modifier même; mais après combien d'essais infructueux! C'est que là plus qu'ailleurs la main de Dieu se fait voir, c'est que là surtout la cause première lui échappe. Il est plus facile à la science d'expliquer comment une montagne se déplace ou une île surgit dans la mer que de comprendre comment l'estomac a faim ou le cerveau pense. Mais malgré sa complexité, ou peut être à cause de cela, l'organisme humain devait attirer les regards de la science. Cette dernière avait d'ailleurs un point de repère où fixer son attention: la maladie, et un but vers lequel elle désirait tendre: la guérir. Et elle devait la désirer d'autant plus qu'un grand motif humain la poussait: la compassion. Le premier médecin du monde dut être un samaritain voyageur rencontrant sur sa route un malade en détresse. Plus tard les civilisations se formèrent: je suppose que les médecins d'alors suivirent le mouvement et de simples et charitables qu'ils étaient, devinrent ambitieux et autoritaires. C'est alors que l'on vit naître les écoles, ce qui n'était pas un mal, puisque la rivalité devait amener le perfectionnement, et que l'autorité basée sur le succès faisait respecter la doctrine. Nos universités actuelles profitent de l'œuvre d'Hippocrate et de celle de Galien. Mais la médecine a suivi la voie générale, et que de progrès depuis lors. C'est que, là encore, la science a suivi la marche ordinaire et la méthode accoutumée, gardant les rayons du sommet pour éclairer la plaine.

Que d'obscurités dans la théorie des humeurs, qui faisait tant rire Molière. Et cependant c'était le siècle où Harvey regardait battre le cœur et comptait sous ses doigts les pulsations artérielles, et le temps était proche où les comédiens devraient chercher ailleurs. Que de bruits mystérieux s'entendaient dans la poitrine humaine, le jour où Laennec y appliqua son oreille, mais quelle clarté les illumina à partir de ce moment. Et le jour où Virchow, penché sur son microscope, découvrit la cellule, et prouva que tous les tissus

organiques sont composés de cellules vivantes, cellules qui font la vie et dont la maladie amène la mort, quelle montée lumineuse vers un sommet éblouissant. N'était-ce pas la confirmation de la thèse de St Thomas d'Aquin : "L'homme est homme jusque dans la moindre parcelle de son individu." Et cependant, le pauvre homme, comme son enveloppe terrestre est sujette à des vicissitudes sans nombre ! Cet organisme si compliqué et si parfait, dont chaque parcelle fonctionne en harmonie avec sa voisine, est intimement lié, lui aussi, à la nature ou il se meut, dont il fait partie et dont il subit les influences. Lui, l'homme fier de commander à la matière, d'employer à son service la vapeur et l'électricité, voilà qu'il ne peut résister au germe introduit sous sa peau. Car Pasteur est venu, et nous avons vu cette fois la science monter si haut que la lumière s'est répandue sur tout le chemin parcouru. L'humanité surprise repasse en sa mémoire les fléaux qui l'ont assaillie depuis sa naissance, et comprend. Virulence, contagion, infection ; comme tout cela est clair. Organisme vivant qui se défend et qui lutte, cellule vivante qui attaque et qui détruit, mais c'est l'histoire de la nature ! c'est l'histoire du monde ! c'est aussi celle de l'humanité. L'homme est fragile et faible : naître, vivre et mourir, voilà son lot. Mais il a en lui la flamme qui dirige tout : l'intelligence. Il a voulu cultiver son domaine et le mettre à la hauteur de son ambition : il y a réussi. Il a cherché, et combien longtemps, à savoir pourquoi il était malade ; et voilà que la science, debout sur le dernier sommet qu'elle a gravi, éclaire de ses rayons lumineux la profondeur de son organisme et lui dit : "La cause est en toi. Apporte au perfectionnement de ton organisme autant de soin que tu en mets à celui de l'univers, et l'avenir t'appartient !"

L'avenir est à Dieu, disait Victor Hugo. Ce n'est pas une raison pour se laisser mourir. Les efforts de l'intelligence sont le plus bel effet de la puissance divine, et les progrès accomplis le plus bel hommage au Créateur. L'effort de l'humanité vers le perfectionnement est le souffle même de son âme. Toute tentative vers le bien, le bon et le beau est digne de respect. Nous entrons dans une voie nouvelle, où la science est notre boussole ; ainsi qu'un commandant de vaisseau au moment du départ, montons sur le banc de quart et répétons avec fierté : "A Dieu va !"

Programme de l'examen d'admission à l'étude de la médecine (1895)

Latin. — *Commentaires* de César, livres I, II, III, IV, V. *Étude* de Virgile, livres I et II. *Odes* d'Horace, livre III. Le candidat devra bien connaître la grammaire.

Français. — On exigera des candidats de langue française une appréciation critique du *Bourgeois gentilhomme* de Molière, du *Télémaque* de Fénelon et des trois premiers livres des *Fables* de Lafontaine. On leur posera aussi des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Les candidats de langue anglaise devront traduire un passage de *Télémaque* et répondre à des questions de grammaire. On leur donnera aussi à traduire dans leur langue quelques phrases françaises.

Anglais. — Les candidats de langue anglaise devront être en état de donner une appréciation critique du drame de Shakespeare *Antoine et Cléopâtre*. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Les candidats de langue française devront traduire quelques extraits de la *Vie de Colomb* et répondre à des questions de grammaire anglaise. On leur fera de plus traduire en anglais quelques phrases de *Télémaque*.

Belles-lettres. — Principes de belles lettres et de rhétorique, histoire de la littérature au temps de Périclès en Grèce et d'Auguste à Rome; littérature anglaise et littérature française des 17^e, 18^e et 19^e siècles.

Histoire. — Aperçu général de l'histoire de Grèce et de Rome, connaissance plus approfondie de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

Géographie. — Connaissances générales sur le sujet, et plus spéciales sur l'Angleterre, la France et l'Amérique du Nord.

Arithmétique. — Fractions simples et décimales, proportion simple et composée, intérêts, pourcentage et racines carrées.

Algèbre. — Fractions, équations simples.

Géométrie.—Trois premiers livres d'Euclide et principales données du sixième. Mesure linéaire, de surface et de volume des figures géométriques régulières, sans preuve.

Chimie.—Principes élémentaires tels que donnés dans les *Éléments de Chimie* de Ranssen.

Botanique.—Connaissances élémentaires.

Physique.—Éléments de physique, tels que dans Ganot.

Philosophie.—Logique et philosophie intellectuelle et morale.

N. B.— Les candidats devront produire un certificat de moralité. Tout candidat surpris à copier, aider un autre à copier, ou à se servir de livres ou de notes, devra quitter immédiatement la salle d'examen. Après l'examen, chaque candidat devra déclarer solennellement devant un magistrat présent qu'il n'a eu recours à aucun moyen illicite pour s'aider dans ses réponses. Il devra aussi fournir des preuves de son identité.

Ordre des examens, nombre de points accordés à chaque matière, et nombre de points qu'il faut conserver pour être admis :

PREMIER JOUR.—GROUPE A.

Géométrie.....	9	à	10	heures....	100	points....	25	p. c.
Arithmétique.....	10	"	11	"	100	"	50	"
Algèbre.....	11	"	12	"	100	"	25	"
Chimie.....	12	"	12 $\frac{3}{4}$	"	100	"	25	"
Physique.....	2 $\frac{1}{2}$	"	4	"	150	"	33	"
Philosophie.....	4	"	5	"	100	"	25	"
Botanique.....	5	"	6	"	100	"	33	"

SECOND JOUR.—GROUPE B.

Latin.....	9	à	10 $\frac{1}{2}$	heures....	200	points....	50	p. c.
Belles-lettres.....	10 $\frac{1}{2}$	"	11 $\frac{1}{2}$	"	100	"	25	"
Histoires.....	11 $\frac{1}{2}$	"	12 $\frac{1}{4}$	"	100	"	25	"
Géographie.....	12 $\frac{1}{4}$	"	1	"	100	"	25	"
Langue maternelle.	2 $\frac{1}{2}$	"	4	"	150	"	75	"
Anglais-français... (langue étrangère)	4	"	5	"	100	"	50	"

Les sujets de l'examen sont divisés en deux groupes :

(A) Sciences ; (B) Lettres. Pour être admis soit dans un groupe, soit dans l'autre, les candidats devront conserver au moins la moitié

du nombre total des points accordés à chaque groupe. Autrement, ils devront recommencer en entier le groupe où ils auront failli. Le candidat qui n'obtiendra pas le minimum des points de l'une des matières d'un groupe devra reprendre le groupe en entier. L'insuccès dans un groupe n'entraînera pas la nullité de l'autre.

Le prochain examen aura lieu à Québec le 19 septembre 1895.

H. ASPINWALL HOWE, L. L. D.,	} Examineurs.
J. C. K. LAFLAMME, G. T. D.,	
HENRY WALTERS, M. A.,	
Prof. CHARLES ALBERT PFISTER,	

DECES

LARIN—En cette ville, le 21 du mois d'août dernier, à l'âge de 61 ans, François Xavier Larin, père du Dr G. E. Larin, de la *Clinique*.

CARRIÈRE—En cette ville également, le 26 du même mois, à l'âge de 46 ans, le docteur Philéas Carrière.
