

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

Pagination continue.

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

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

VOL. V.

MONTREAL, OCT. 1891.

No 10.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES DE MON CARNET

Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien et en particulier du traitement par l'incision antiseptique.

Par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hotel-Dieu,
(Montréal) Paris.

L'éloge du pansement antiseptique n'est plus à faire. Par les résultats-merveilleux qu'il a donnés à tous les chirurgiens qui en ont fait usage, il s'est acquis une réputation méritée. Les cas les plus graves, les opérations jusqu'alors condamnées à cause des accidents auxquels elles exposaient presque à coup sûr les malades, lui doivent plus d'un succès.

L'opération de l'hygroma entrant dans cette classe, et lorsqu'on étudie les différents procédés appliqués jusqu'ici au traitement des hygromas, on voit que tous, sans exception, ont donné naissance à des accidents plus ou moins graves, et que les cas de mort n'ont pas été rares. Aussi les anciens chirurgiens redoutaient-ils cette opération, considérant l'impressionnabilité des bourses séreuses comme aussi grande que celle des articulations.

Le but de mon travail est de montrer qu'un des meilleurs traitements de l'hygroma est le traitement par l'incision, et que, grâce au panse-

ment antiseptique, les accidents que l'on redoutait tant autrefois, ne sont plus à craindre aujourd'hui.

Je m'appuierai pour le démontrer sur les observations que nous ont communiquées récemment, dans deux magistrales cliniques, les Drs Schwartz et Ricard, tous deux chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés à la faculté de médecine de Paris.

L'hygroma de la bourse séreuse prérotulienne est celui qui se présente le plus fréquemment. Je ne dirai que quelques mots sur ses causes et ses symptômes, et m'occuperai principalement de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, sans la connaissance desquelles il est impossible d'instituer un traitement rationnel.

Avant d'aborder cette question, nous étudierons rapidement la région prérotulienne et ses bourses séreuses.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR LA RÉGION PRÉROTULIENNE.

Si nous disséquons la région prérotulienne, nous trouvons successivement d'avant en arrière.

1° La peau épaisse sur la partie antérieure, un peu plus mince sur les parties latérales : elle glisse facilement sur les tissus sous-jacents ;

2° Le fascia superficialis, fin et lache.

3° L'aponévrose qui descend de la cuisse, en entourant le genou, et se continue avec celle de la jambe ;

4° C'est au-dessous de cette aponévrose qu'on rencontre la bourse séreuse prérotulienne sur laquelle nous allons revenir ;

5° Une seconde lame aponévrotique, surtout marquée sur les côtés, et dont les fibres émanent des lames superficielles des tendons d'insertion des muscles vaste interne et vaste externe, et portent le nom d'aïlerons de la rotule ;

6° La rotule.

Voici d'après Bouquet, la description de la bourse séreuse : " Elle occupe les deux tiers inférieurs de la face antérieure de la rotule : elle n'atteint pas tout à fait le bord interne de cet os, et dépasse assez souvent un peu les limites de son bord externe. Sa forme générale varie."

Cette bourse séreuse est très adhérente aux téguments et tissus fibreux qui recouvrent la face antérieure de la rotule, ce qui tient à ce que ses parois ne sont autre chose que du tissu cellulaire ambiant condensé sous forme de lames plus ou moins épaisses. Ces adhérences, dit Bienet, rendent souvent très difficile l'enlèvement de la poche.

Les bourses séreuses sont considérées comme des cavités closes situées dans l'épaisseur du tissu cellulaire et destinées à favoriser le glissement de la peau.

J'ai parlé de l'impressionnabilité des bourses séreuses : la cause doit en être en partie attribuée à leur propre constitution histologique. Les recherches de Ricklinghausen, de Cornil et de Ranvier, ont démontré qu'il existe une très grande quantité de vaisseaux lymphatiques dans le tissu conjonctif qui forme la paroi des séreuses. Les plus superficiels, situés immédiatement sous l'épithélium, paraissent présenter une communication directe avec l'intérieur de la cavité. Cette conversion intime des séreuses avec le système lymphatique, l'aboutissement direct dans les cavités, des vaisseaux de ce système, sont autant de portes ouvertes à l'absorption, et expliquent qu'il peut se faire facilement une rapide absorption des liquides devenus septiques dans l'intérieur des bourses séreuses. Ceux-ci sont introduits dans le courant lymphatique et on voit survenir des accidents généraux tels que : angioleucite, phlegmons diffus, abcès, etc., etc.

Les bourses séreuses renferment un liquide citrin qui contient souvent des franges synoviales analogues à celles des articulations. Lorsqu'une circonstance quelconque vient à déterminer une inflammation, deux causes tendent à augmenter la quantité de ce liquide, d'une part l'irritation qui fait que la sécrétion se fait plus rapidement : d'autre part, la diminution de la résorption. Le liquide s'accumule de plus en plus dans la poche, et ainsi se trouve constitué l'hygroma séreux, sans altération des parois ni du contenu.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'HYGROMA.

On donne le nom d'hygroma à l'inflammation des bourses séreuses : l'hygroma est aigu ou chronique.

L'hygroma aigu est ordinairement consécutif à une violence extérieure, et, dans ce cas l'épanchement se fait rapidement et s'accompagne de phénomènes inflammatoires. Au contraire, l'hygroma est dit chronique, lorsqu'il se fait lentement et en quelque sorte à l'insu du malade. Dans ce cas, il est ordinairement causé par une pression habituelle exercée sur une bourse séreuse ; aussi, celui que l'on observe le plus fréquemment est l'hygroma de la bourse séreuse prérotulienne. On l'observe chez les personnes qui ont l'habitude de se tenir fréquemment à genoux, chez les couvreurs, les maçons, les religieux.

La forme de la tumeur est, en général, arrondie ; quelquefois elle est irrégulière, à surface inégale, lorsque la bourse séreuse elle-même est irrégulière, cloisonnée. Le volume peut varier depuis celui d'une petite noix, jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme.

Avant d'établir une division des différentes sortes d'hygromas, il est indispensable d'étudier l'anatomie pathologique de cette affection. Or, trois choses sont à considérer dans la détermination de l'hygroma.

- 1° L'épaisseur de ses parois ;
- 2° La surface interne de l'hygroma ;
- 3° Le liquide contenu dans la cavité.

1° *La paroi* conserve quelquefois sa minceur, comme dans l'hygroma aigu par exemple ; mais le plus souvent, elle est épaissie et opaque. Les pressions répétées déterminent dans les parois du kyste une inflammation ou plutôt une irritation permanente; sous l'influence de laquelle des exsudats plastiques sont sécrétés, qui s'y infiltrent ou s'y déposent, et les épaississent. La constitution histologique de cette paroi est formée par une production exagérée d'éléments fibroplastiques à tous les degrés de développement, noyaux embryoplastiques, cellules fusiformes. Le tissu cellulaire conserve autour de la bourse, sa souplesse et sa laxité, en sorte que la poche ne contracte que fort rarement des adhérences avec la peau ou avec le plan sur lequel elle repose.

2° *La surface interne de l'hygroma* est quelquefois unie et lisse comme celle des membranes séreuses et synoviales ; mais très souvent elle offre des saillies dues à un épaississement de la paroi, plus exagéré en certains endroits. Ces saillies sont disposées sous forme de brides ou de petites végétations verruqueuses qu'on peut sentir à travers les téguments et faire rouler sous le doigt, quand le liquide est peu abondant.

3° *Le liquide* contenu dans la poche de l'hygroma est de nature très variable, et varie suivant les diverses circonstances qui peuvent lui donner naissance. L'hygroma est séreux, sanguin ou purulent. *Les épanchements séreux* sont consécutifs, tantôt à une irritation chronique sous l'influence de pressions répétées, et qui souvent ne donnent lieu qu'à des troubles tellement peu prononcés que les malades ne soupçonnent pas même leur action sur le développement de leur maladie. Ces épanchements sont constitués par un liquide séreux, ordinairement de couleur citrine, et tenant en suspension des flocons de fibrine ; quelquefois le liquide est épais, filant très albumineux, analogue à de la synovie.

Les épanchements sanguins ou *hygromas hématiques* peuvent également être produits par deux causes parfaitement distinctes. Ils succèdent le plus fréquemment à l'action d'une violence mécanique, mais ils peuvent apparaître aussi, comme cela s'observe pour les épanchements séreux, sans aucune violence, et d'une manière en quelque sorte spontanée. Tantôt l'épanchement sanguin est coagulé, et le caillot, suivant son ancienneté, peut offrir soit l'aspect d'une caillot sanguin ordinaire, soit une masse fibrineuse formée de couches superposées, rappelant en quelque sorte la poche d'un anévrysme ancien. Dans

d'autres cas, le liquide est noirâtre, sans la moindre trace de caillots, et semblable à du sang dissout dans une solution alcaline.

Une troisième variété d'hygromas, comprend les *hygromas purulents*. On a vu souvent l'angioleucite de la jambe ou de l'avant bras être cause de la suppuration des bourses séreuses prérotulienne ou olécranienne. Ce fait est dû, sans aucun doute, à la relation qui existe entre le système lymphatique et les bourses séreuses. La suppuration se produit aussi dans les cas d'infection purulente. Mais la cause la plus fréquente de la suppuration des bourses séreuses est la contusion avec ou sans plaie. Les autres causes de suppuration, sont les plaies pénétrantes, les furoncles.

Il existe une quatrième variété d'hygromas, les *hygromas à grains riziformes*. Ces corps libres, à peu près de forme identique, nagent dans le sérum des bourses séreuses et tendineuses. La plupart ont la forme de grains de riz, leur couleur est d'un blanc opaque, leur consistance médiocre.

Cette division des hygromas en autant de variétés distinctes suivant la nature du liquide contenu dans leur cavité, et suivant l'épaisseur des parois, est de la plus haute importance. Car c'est en tenant compte de ces particularités, qu'on pourra instituer à chaque variété d'hygroma, un traitement rationnel.

DIVERS MODES DE TRAITEMENT DE L'HYGROMA EMPLOYÉS JUSQU'ICI.

Je vais essayer de passer en revue les divers traitements qui ont été employés depuis le commencement de ce siècle. Parmi eux, les uns sont complètement inoffensifs, mais aussi presque complètement inefficaces. Ce sont ceux qui avaient pour but de guérir l'hygroma, sans pénétrer dans la cavité : on y avait surtout recours autrefois, tant était grande la crainte qu'inspiraient les manœuvres chirurgicales faites sur les bourses séreuses.

Topiques. Lorsque l'hygroma a des parois épaisses, ce traitement est d'une impuissance radicale. Lorsqu'au contraire, les parois sont minces et faibles, il y a lieu de se servir de ce moyen. Chassaignac, dans l'article *Bourses séreuses* du *Dictionnaire des sciences médicales*, propose comme meilleur moyen résolutif, l'emploi en friction, toutes les deux heures, d'une pommade à l'iodure de potassium, contenant cinq grammes d'iodure pour 40 grammes de pommade de concombre.

Compression. Lorsque la cavité hygromateuse n'est ni ouverte, ni enflammée, ce moyen de traitement, s'il n'a pas grande efficacité, peut du moins être employé sans danger. Dans le cas contraire, il doit être pros crit formellement, car, comme le fait remarquer Chassaignac, il ne manque pas de donner lieu à la diffusion purulente dans le tissu

cellulaire, à l'érysipèle et aux phénomènes d'étrangement les plus graves.

L'écrasement a été conseillé par Cloquet et par Nélaton, auxquels elle a donné de bons résultats, mais cette méthode n'est applicable que lorsque la tumeur est petite et à parois minces.

La ponction sous cutanée demande des incisions multiples, pour être efficace, opération qui n'est pas sans danger, témoin le fait rapporté par Velpeau, dont un malade faillit mourir à la suite d'une angioleucite et d'un phlegmon diffus.

La ponction simple n'a jamais donné de bons résultats, car elle a le double inconvénient de n'être qu'un moyen palliatif, et de donner lieu à une piqûre qui peut, dans certains cas, produire de la suppuration.

Ponction suivie d'injection irritante. Les premiers chirurgiens qui se servirent de ce procédé employèrent des injections de vin chaud. Mais ce fut Velpeau qui, le premier, vulgarisa cette opération en remplaçant le vin chaud par la teinture d'iode. Dans certains cas, ces injections ont donné de bons résultats : mais à cause des graves accidents, qu'elle peut produire, on ne doit adopter cette méthode qu'avec la plus grande réserve. Du reste, il est bien rare qu'une seule ponction soit suffisante : on est, la plupart du temps obligé d'en faire plusieurs, ce qui nécessite un traitement assez prolongé. D'après M. le professeur Duplay, on peut espérer un résultat heureux, si l'on a soin de pratiquer des lavages répétés avant de faire l'injection.

Excision. Ce procédé consiste à enlever la paroi antérieure de la tumeur, et à laisser suppurer le reste. L'inconvénient de cette méthode est d'occasionner une grande perte de substance et de nécessiter un traitement prolongé.

Extirpation. Ce qui rend cette opération difficile, c'est la nécessité d'enlever toute la poche et de ne pas en laisser dans la plaie la moindre parcelle, qui, échappant à l'extirpation, compromettrait la réunion par première intention et aggraverait singulièrement l'opération.

Thermo cautère. Ce traitement consiste à ouvrir la tumeur avec le thermo-cautère, chauffé au rouge blanc, à la vider complètement, à modifier la surface interne de la cavité avec le cautère chauffé au rouge sombre, et à immobiliser ensuite le membre dans une gouttière.

Rouge donne à l'appui de cette méthode, des observations qui toutes ont été suivies de succès, sans qu'aucun accident soit venu entraver la guérison. Néanmoins, cette opération présente de sérieuses difficultés, et ainsi que le dit Vallette " il importe d'agir avec une grande énergie, et une grande prudence " Un reproche sérieux à faire à cette méthode est la longueur du traitement qui a toujours varié entre trente et quarante jours.

TRAITEMENT DE L'HYGROMA PAR L'INCISION ANTISEPTIQUE—INDICATION DE CE TRAITEMENT.

L'incision a été fréquemment mise en usage. Conseillé déjà par Syme, Stanley, elle a été pratiquée, de différentes façons : tantôt c'est une incision longitudinale tantôt une incision cruciale. Mais autrefois, on s'opposait à la réunion par première intention, en interposant de la charpie entre les lèvres de la plaie, et dans la cavité de l'hygroma afin d'y exciter un certain degré d'inflammation, et la formation de bourgeons charnus. Dans certains cas, lorsque les parois étaient épaissies, on cherchait à atteindre ce but par des cautérisations plus ou moins énergiques, avec l'iode, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, le nitrate acide de mercure, et l'emploi de ces moyens donnait la plupart du temps lieu à une réaction locale vive, compliquée d'érésipèle, de phlegmon diffus, et accompagnée d'accidents généraux graves. Velpeau (1), cite l'observation d'une femme qui mourut des suites de cette opération. Renault (2), cite aussi un cas, où pareille opération fut suivie de résorption purulente et de mort.

Velpeau préférerait à l'incision simple, les incisions multiples, faite l'une en haut, l'autre en bas, et deux autres sur les bords interne et externe de la tumeur : mais il convint lui-même que cette méthode exposait encore à l'angioleucite, au phlegmon diffus.

Toutes ces conséquences graves n'étaient pas faites pour encourager les chirurgiens à employer cette méthode. Mais depuis la révolution bienfaisante de l'antiseptie, ce qui était audacieux autrefois, ne l'est plus aujourd'hui. Les brillants succès obtenus par le pansement de Lister sont dus à la double action de l'acide phénique comme antiseptique, et comme modérateur de l'inflammation locale. Avec la méthode antiseptique rigoureusement observée, la réunion par première intention est la règle, la suppuration, la grande exception.

Manuel opératoire. L'incision d'une étendue de un à deux centimètres, est pratiquée sur la partie la plus déclive de la tumeur. On laisse écouler le liquide qu'elle contient, puis avec la curette de Wolkmann, on enlève, s'il y a lieu, les fausses membranes, et les dépôts fibro cartilagineux qui peuvent adhérer aux parois. La poche est ensuite lavée avec une solution phéniquée ou 1/20 ; on place entre les lèvres de la plaie un drain en caoutchouc, et le tout est recouvert d'un pansement de Lister complet : un peu de ouate et quelques tours de bande exercent une légère compression. Dans les derniers jours, lorsque la plaie com-

(1). Velpeau. Archives de médecine, 1825.

(2). Renault, thèse de Paris, 1870.

mence à se cicatriser, on peut se contenter d'un pansement antiseptique simple.

Le but que l'on doit se proposer dans le traitement de l'hygroma, est d'amener le plus rapidement possible l'adhérence complète des deux parois de la bourse séreuse, en évitant autant que possible la suppuration : on remplit cette dernière condition au moyen des injections dans la poche, d'eau phéniquée au 120 et du pansement de Lister.

Le présence du drain dans la plaie détermine une inflammation suffisante pour amener l'adhérence des deux parois : aussi doit-on diminuer progressivement la longueur de ce drain, sinon on s'expose à n'avoir qu'une oblitération partielle, et la récidive se produit avec une très grande facilité.

Indication de ce traitement. Avant d'en arriver au traitement par l'incision, il faudra toujours essayer d'amener la guérison par des topiques, ou par la ponction aidée de la compression. Ce n'est que, lorsque ces moyens auront été employés sans résultats, que l'on sera autorisé à agir d'une façon plus efficace. Cependant, on devra chercher à guérir dans le laps de temps le plus court possible ; l'incision antiseptique remplit cette condition. Par conséquent, toutes les fois que l'on aura à traiter un hygroma, et que les moyens de traitement dont j'ai parlé plus haut auront échoué, il faudra avoir recours à l'incision et au pansement antiseptique. On ne devra faire exception à cette règle, que lorsque les parois de la tumeur auront acquis une épaisseur trop considérable, et seront devenues cartilagineuses ou fibro-cartilagineuses. Dans ce cas, le traitement le plus efficace sera le traitement par l'extirpation complète.

J'aurais aimé à donner ici quelques observations, (14) communiquées dans deux récentes cliniques par les Drs. Ricard et Schwartz ; elles prouvent que le traitement par l'incision a toujours été suivi d'une prompte guérison. A part un seul malade qui, atteint d'un embarras gastrique fébrile, a dû prolonger son séjour à l'hôpital, tous les autres ont été guéris en un temps qui a varié de huit à quinze jours.

Conclusions. Des faits qui précèdent, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1^o Lorsque l'hygroma sera de formation récente et que ses parois seront souples, on tâchera d'amener la résolution au moyen des topiques, ou de la ponction suivie de la compression.

2^o Si ces moyens échouent, on fera au niveau de la partie la plus déclive de la tumeur, une incision de deux à trois centimètres. Après l'issue du liquide, on enlèvera, s'il y a lieu, au moyen de la curette de Wolkman, les corps étrangers adhérents à la poche.

3^o Quand on aura à traiter un hygroma ancien dont les parois sont

épaissies, au auront subi une dégénérescence fibro cartilagineuse, le seul traitement rationnel sera l'extirpation complète.

4^o Il sera toujours indispensable de laver la poche au moyen d'une solution d'acide phénique au 1/20 d'y placer un drain dont la longueur sera diminuée progressivement, et de faire un pansement de Lister complet en exerçant une légère compression ouatée.

Dr G. B. FARIBAULT.

Paris, 5 septembre 1891.

De la cactine

Par M. le Dr MELVILLE E. DE LAVAL, Lake Linden, Michigan.

Dans mon article précédent, je disais, en parlant du cactus grandiflorus, que nous ne possédions aucune donnée certaine sur le principe actif du cactus grandiflorus ; depuis, nous voyons par un article publié dans le *N.-Y. Medical Journal*, que Myers, de Rochester, N.-Y., prétend que l'on a pu dernièrement isoler un principe dans lequel résident, d'après lui, les propriétés du cactus. L'honneur de la découverte du principe actif du cactus grandiflorus revient à F. W. Sultan, chimiste, de St Louis Missouri.

Sultan a obtenu ce nouvel alcaloïde des fleurs et des jeunes pousses de la variété du cactus grandiflorus, originaire du Mexique. Sultan a donné le nom de *cactina* au nouveau produit. D'après les expériences de Myers et de Sultan, la cactine, à dose thérapeutique, produit une accélération du pouls et une élévation de la pression artérielle. D'après ces observateurs, les animaux, après avoir reçu une dose toxique de cactine, présentaient tous les symptômes observés après l'ingestion d'un agent possédant une action stimulante des *moteurs spinaux*. Voici en quelques lignes le résultat des expériences de Sultan.

Myers, dans son article, dit que, d'après Sultan, la cactine :

I. Augmente l'action musculo-motrice du cœur, par son action sur les nerfs moteurs intra-cardiaques et sur le ganglion accélérateur, causant par là une impulsion du cœur plus régulière et plus forte.

II. Elève la tension artérielle, 1^o par l'augmentation de l'action du cœur ; 2^o par l'action stimulante du centre vaso-moteur à la base du cerveau.

III. La cactine agit sur le système nerveux par son action directe sur les centres moteurs de la moëlle épinière ; dans ce cas, la cactine a beaucoup d'analogie dans son action avec la strychnine.

Thérapeutiquement parlant, comme nous dit Myers, si les propriétés de la cactine sont telles, il nous faut considérer la cactine comme tonique stimulant du cœur, dont l'action est très puissante et dont l'emploi serait indiqué dans le traitement des affections suivantes :

dans les affections du cœur dites fonctionnelles ; et si les valvules sont affectées, la cactine devrait rendre de grands services si cette affection est accompagnée de dilatation.

Dans certaines conditions où les fonctions du cœur sont dérangées et affaiblies, comme chez les fumeurs : *tobacco heart*, ou par une diminution de l'action nerveuse, comme dans l'anémie, ou chez les personnes souffrant de cette affection connue sous le nom de cœur irritable.

Myers prétend que la cactine est spécialement indiquée dans le traitement des fièvres à formes adynamiques, vu que son usage donne des résultats semblables à ceux obtenus des remèdes ayant une action sur le cœur et les centres moteurs spinaux.

De plus, Myers prétend que l'usage de la cactine n'est pas suivi d'accidents comme celui de la digitale qui, comme on le sait, cause des troubles gastriques qui en empêchent l'emploi. La cactine peut être employée longtemps, sans s'accumuler, comme le fait la digitale.

D'après Myers, la cactine est contre-indiquée dans la *sténosè mitrale*, ainsi que dans certaines affections de l'aorte accompagnées d'insuffisance.

Sultan et Myers sont d'opinion que la découverte du principe actif du cactus grandiflorus permettra d'étudier plus facilement les propriétés thérapeutiques de cette plante, vu que dans la cactine nous avons un produit *invariable*, dont l'action bien connue et l'usage facile permet au médecin de bien se rendre compte des effets obtenus déjà ou qu'il désire obtenir sans courir les risques d'employer une préparation qui souvent varie et dont on ne peut prévoir l'action.

La dose de la cactine de Sultan est de 001-002 à 003.—Chez les animaux, une dose de cactine de 0.04 a donné la mort.

Nous aurons peut être à enregistrer plus tard des insuccès, comme il arrive de tous les nouveaux remèdes qui sont proposés tous les jours, mais si l'on considère les magnifiques résultats obtenus jusqu'à ce jour de l'emploi du cactus grandiflorus, il est permis de croire que l'introduction de ce nouvel agent sera une précieuse conquête pour la matière médicale, en même temps qu'elle permet au médecin de traiter plus facilement certaines affections cardiaques dont le traitement était presque impossible, vu la classe de remèdes que le médecin est obligé d'employer.

De la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Par M. le Dr J. A. OUMET, Paris.

Il est des accouchements dont le travail se prolonge considérablement, alors que rien dans le volume de la tête du fœtus ou dans la

disposition des parties maternelles ne permet d'expliquer un tel retard, si ce n'est un aspect particulier du col, que le mot de rigidité rend bien.

Dans le col semble résider l'obstacle ; il ne se dilate pas, il s'épaissit quelquefois, rappelant l'aspect du cuir bouilli ; d'autres fois, il paraît conserver son aspect de col effacé, mais il est aminci, mou, sensible, et ne se décide pas à livrer passage au fœtus.

Plusieurs circonstances peuvent alors se présenter : ou le col va finir par se dilater après une longue période d'arrêt, ou bien il va se laisser déchirer et laisser sortir le fœtus, ou bien enfin, l'utérus va se rompre au-dessus du col et le fœtus sortira par cette boutonnière.

Le col présente tantôt une résistance passive (rigidité anatomique), tantôt une résistance active (contracture, spasme). En étudiant les faits publiés de rigidité anatomique ou spasmodique, il semble que dans un grand nombre d'entre eux, la prolongation du travail pourrait être attribuée primitivement à d'autres causes qu'un obstacle né dans le col lui-même.

Il y a aussi des rigidités pathologiques dues à des tissus cicatriciels, à des néoplasmes, à des manifestations syphilitiques développées sur le col.

M. le professeur Tarnier dit que la rigidité du col, qu'on appelle encore rigidité anatomique mécanique, est beaucoup plus rare que le spasme du col utérin, que l'on désigne souvent sous le nom de rigidité spasmodique.

Dans la rigidité anatomique, les fibres du col semblent avoir une résistance extraordinaire que nulle altération ne peut expliquer, c'est une espèce de résistance passive en vertu de laquelle le col ne cède pas à la dilatation.

Son tissu paraît dense et pourrait être comparé à du cuir imbibé de graisse. Le travail se prolonge sans que l'orifice se dilate, celui-ci conserve au contraire une certaine épaisseur, c'est en vain que les contractions utérines se succèdent et que la femme s'épuise en d'inutiles efforts. Il ne faut pas confondre cet état anatomique du col avec un orifice qui reste simplement épais, parce que les contractions utérines sont insuffisantes, mal dirigées ou annihilées par un obstacle mécanique à l'engagement du fœtus.

Dans certaines circonstances les fibres du col et de l'utérus semblent donc avoir une résistance extraordinaire, bien qu'elles n'offrent aucun des caractères indiqués, comme appartenant à une rétraction inflammatoire et spasmodique.

Cette résistance du col se rencontre surtout chez les femmes trop jeunes, chez celles qui sont âgées et qui accouchent pour la première.

fois, ou bien lorsque le travail s'est déclaré prématurément. Il est un symptôme qui pourrait faire soupçonner cette rigidité du col, c'est celui que l'on appelle ordinairement douleurs de reins, douleurs qui ont toujours paru à Madame Lachapelle une conséquence de la rigidité de l'orifice externe, alors les bains très longtemps prolongés et employés dès le début du travail donnent de bons résultats.

Du reste cette lenteur excessive se manifestant dès le début du travail, c'est à-dire à une époque où les membranes sont encore intactes ne compromettant en rien la vie du fœtus, est seulement pour la mère la cause d'une fatigue excessive. Ainsi à moins de complications accidentelles et graves il n'y a guère qu'à prendre patience.

On comprend cependant que si le travail se prolonge par trop et de manière à compromettre gravement par sa durée la vie de la mère, il serait opportun de pratiquer quelques incisions sur les parties latérales du col, seulement après avoir essayé tous les autres moyens (ballon, écarteur.)

La rigidité du col dit M. Barnes est plus rare qu'on ne le suppose généralement, très fréquemment si l'orifice ne se dilate pas, c'est que la partie qui se présente ne presse pas sur lui ; mais d'un autre côté si les membranes sont rompues prématurément, et que la partie qui se présente presse directement sur l'orifice avant que la dilatation ait commencé ; cela l'irrite fréquemment et amène le spasme annulaire.

M. Doléris croit que la rigidité du col peut se présenter dans les cas suivants :

1^o Dans le cas de spasme appelé rigidité spasmodique.

2^o Une seconde espèce comprenant les cas dans lesquels la rigidité se produit sous l'influence d'un état pathologique du col néoplasique inflammatoire.

3^o La rigidité dite anatomique qui serait surtout le fait de primipares âgées.

M. Doléris n'admet pas cette troisième variété malgré qu'elle est classique, il dit qu'il n'y a pas un changement anatomique avec les progrès de l'âge qui puisse rendre plus lent le travail. Chez une vieille femme primipare la constitution anatomique du col est la même que chez une jeune femme primipare, s'il y a une infiltration quelconque ou si le tissu du col se laisse envahir par un tissu étranger, la rigidité si elle se montre, sera pathologique ou organique.

Les cols décrits par les classiques sous la dénomination de rigidité anatomique seraient donc des cols malades, ou bien ce sont des cols transformés pendant le cours du travail par la marche lente de l'accouchement.

La rigidité peut être le résultat du travail et devient pour cela un obstacle sérieux à la terminaison régulière heureuse.

D'autres fois, elle est primitive ; dès le début du travail, le col sans être autrement malade, induré, épaissi, et bosselé ne se ramollit pas et reste absolument ferme.

Dans certains cas, l'intensité de la résistance coïncide avec des douleurs très vives à forme névralgique, s'irradiant vers la région lombaire, abdominale, vers les cuisses, s'accompagnant d'une excitation nerveuse des plus pénibles. La parturiente s'agite, se jette de côté, ne trouve aucune position bonne et réclame avec instance qu'on la délivre.

Le pouls s'accélère, la soif est vive, il survient quelquefois alors des vomissements pendant lesquels on a vu un violent effort amener la dilatation brusque du col et la prompt terminaison de l'accouchement.

Le diagnostic différentiel et le pronostic de ces résistances du col ne sont pas toujours faciles, surtout au début. Elle devient à un moment donné très importante à préciser dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, dont le sort peut être facilement compromis si le travail se prolonge au delà d'un certain temps.

Nous voyons que cette question de la rigidité du col a depuis longtemps inquiété les accoucheurs.

Le nom de la rigidité anatomique semble surtout avoir été réservé aux cols infiltrés représentant la consistance du " cuir imbibé de graisse," la variété spasmodique aux cols non modifiés.

Baudelocque considérait ces deux variétés comme une seule et même chose ; l'interprétation est-elle juste ? dans la catégorie des faits de cols infiltrés, l'infiltration est secondaire sans doute à la compression prolongée. Dans la deuxième catégorie des faits où l'on trouve le col tendu, dur, mince, non dilatable, a-t-on bien affaire à un spasme ? M. Pinard dit en avoir trouvé bien peu d'exemples, et il faut croire que ce phénomène avait des chances d'être observé plus fréquemment à l'époque où on donnait encore le seigle ergoté pendant l'accouchement.

Il n'est pas rare de voir une femme en travail pendant un certain temps, le col est effacé, la dilatation commence, puis le travail s'arrête et il y a comme on dit " rétrocession de travail " le col effacé se referme jusqu'à ce que les contractions réapparaissent de nouveau et avec elles la dilatation et l'effacement. Ces faits-là appartiennent-ils au spasme du col, ou sont-ils la conséquence de la cessation de la contraction utérine, cela paraît bien plus probable.

Toutefois il est un accident décrit sous le nom de tétanisme utérin, d'observation assez rare, dans lequel l'utérus est constamment contracté, peu douloureux quelquefois, le col est effacé mais ne se dilate pas, M. Champetier a observé un cas de ce genre à la maternité de

Tenon, une jeune primipare avait un col effacé, dilaté comme une pièce de cinquante centimes, l'utérus dur, d'une façon intermittente, assez douloureux ; cet état dura plusieurs jours sans modifications du côté du col, on donna à cette femme du chloral et bientôt ces phénomènes disparurent et dans la journée même où le traitement calmant fut appliqué, la femme accoucha. Dans ces cas-là on est bien forcé de le reconnaître, l'obstacle vient aussi bien de l'utérus que du col lui-même, l'irrégularité de la contraction dans sa fréquence et dans sa forme est la véritable cause de la lenteur du travail.

CAUSES DE LA RIGIDITÉ

Il est démontré que le col atteint de rigidité anatomique ne présente pas de lésions histologiques et que même dans l'esprit des auteurs, en dehors de toute constatation écrite, on trouve que l'accident survient sur des cols ne présentant aucune altération.

Dans presque toutes les observations de rigidité anatomique spasmodique, on a conclu de ce que le col ne se dilatait pas qu'il n'était pas dilatable, or pour que le col subisse une dilatation pendant le travail, il faut qu'un certain nombre de facteurs entrent en jeu : la contraction utérine, la poche d'eau, la descente de la partie fœtale.

Lorsque toutes ces conditions se trouvent réunies, la dilatation du col de l'utérus s'opère normalement, graduellement, dans un temps normal.

La contraction utérine est le phénomène essentiel, elle doit être soutenue, énergique, fréquente, sous son influence la poche d'eau tombe et à la façon d'un coin pénètre dans le col qui se dilate.

La partie fœtale qui se présente, descend dans l'excavation, appuie aussi sur les parties inférieures de l'utérus pour les dilater. Si cette dernière circonstance, descente de la partie fœtale vient à manquer, la dilatation s'opère plus lentement mais s'opère. Dans les rétrécissements rachitiques du bassin, la dilatation s'opère avec assez de lenteur acquiert son maximum, et le travail dure très longtemps si la poche des eaux s'est rompue prématurément. Enfin les progrès de la dilatation doivent être intimement liés à la fréquence et à l'énergie des contractions utérines.

Si celles-ci sont faibles et rares, irrégulières, ni la poche d'eau, ni le fœtus ne viendront dilater le col. En résumé nous devons admettre que dans bon nombre de cas, la dilatation du col s'arrête non pas parce que celui-ci n'est pas dilatable mais parce qu'il n'est pas dilaté.

Le col suivant l'expression de M. Doléris, reflète l'état de l'utérus tout entier, de la même manière que l'état saburral de la langue indique l'existence d'un catarrhe stomacal. Comment nous expliquer qu'il

y ait eu sur un nombre considérable d'accouchements un aussi petit nombre de cas de rigidité, à la maternité Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard? c'est qu'on y a pris l'habitude de ne pas regarder un col qui ne se dilate pas comme un col non dilatable. Dans ces cas la feuille d'observation note le nombre d'heures de travail, et lorsque celui-ci se trouve exagéré, on trouve l'explication dans une colonne voisine, bassins malformés, rupture prématurée des membranes, présentations anormales, puis inertie utérine, irrégularité des contractions douloureuses, un trouble quelconque dans un des facteurs habituels de la dilatation.

RIGIDITÉ SYPHILITIQUE

M. Doléris dans un travail parait chercher à établir que la syphilis et avant tout le chancre syphilitique du col de l'utérus, évoluant pendant la gestation, sont de nature à modifier la marche normale du travail, en empêchant le dilatation régulière de l'orifice utérin.

M. Doléris rappelle que M. le professeur Tarnier a établi que la fréquence du chancre du col était de 1 cas sur 18, à la suite du chancre on a trouvé une hypertrophie générale du col. On a signalé aussi des accidents secondaires développés sur le col, ulcérations, syphilomes diffus, hypertrophie syphilitique, gourmes du col. M. Doléris admet que l'action hyperhémique de la gestation, comparable à celle de la menstruation, pourrait avoir une influence notable sur le développement ou l'accroissement de ces lésions secondaires.

TRAITEMENT

La question du traitement est entièrement subordonnée à la façon dont on interprète les faits de non dilatation du col. On a conseillé deux ordres de traitement : des moyens médicaux, et des moyens chirurgicaux.

Les moyens médicaux sont les bains, les irrigations émollientes, les onctions calmantes appliquées sur le col, le chloral, le chloroforme. Les moyens chirurgicaux, la dilatation forcée avec le dilateur du professeur Tarnier. Enfin on a pratiqué très souvent des incisions sur le col. Un fait à ce propos est frappant, dans l'examen des nombreuses observations où l'on a pratiqué des incisions, c'est leur peu d'efficacité.

En effet on n'a pas constaté de dilatation rapide après ces incisions, mais au contraire l'on voit l'état de rigidité rester stationnaire que l'on ait ou que l'on n'ait pas fait d'incisions, jusqu'au moment où les contractions deviennent énergiques, suffisantes.

Les incisions n'ont jamais été pratiquées sur le col dans ces cas dans le service du professeur Pinard.

Il est une série de faits décrits sous le nom de rigidité anatomique du col, qui ne répondent pas à une modification de texture de cet organe, entraînant un trouble dans sa fonction ; que dans la plupart des faits dans lesquels on a su la cause de cette dystocie régnant primitivement essentiellement sur le col, on trouve l'explication de ces phénomènes, dans l'absence d'un des facteurs habituels de la dilatation, que parmi les facteurs, la contraction utérine paraît jouer le principal rôle ; que l'inertie, caractérisée par l'irrégularité et l'insuffisance des douleurs, explique le plus souvent cette sténose momentanée du col. En résumé :

1^o La plupart du temps dans les faits observés et analysés, il a semblé que la dilatation du col ne s'est pas effectuée, non pas parce que celui-ci n'était pas dilatable, mais parce qu'il n'était pas dilaté par les facteurs habituels.

Par conséquent il faut rechercher dans ces cas quel est le facteur de la dilatation en défaut, et il faut que le traitement s'adresse à lui, ce traitement comprendra les injections d'eau très chaude (Pinard) dans les cas d'inertie, mais il faut recommander surtout la patience, et savoir attendre, les faits de rupture sont rares et le plus souvent la dilatation coïncide avec le réveil des contractions.

Dans les cas de dilatation lente du col dus à l'absence de la poche des eaux, ou au défaut de descente de la partie fœtale, Barnes conseille l'emploi de son ballon ou sac hydrostatique, aujourd'hui le résultat obtenu serait plus parfait et plus rapide avec le ballon du Dr Champetier de Ribes, si toutefois l'on a à agir au détroit supérieur si la partie fœtale n'est pas engagée.

Dans ce dernier cas la dilatation mécanique celle qui a été conseillée récemment dans une leçon encore inédite par le professeur Tarnier avec son dilatateur, doit fournir d'excellents résultats, en tant que dilatateur et excitateur de la contraction utérine du col.

2^o En cas de rigidité spasmodique, cet état de spasme, le plus souvent généralisé à tout l'utérus, le tétanisme utérin, dont l'observation devait être si fréquente lorsqu'on se servait beaucoup du seigle ergoté, doit céder aux calmants généraux, chloroforme, chloral, opium ; on a conseillé tout récemment la cocaïne, en injection intra utérine (un tiers de gramme) et il paraît que la douleur et le spasme disparurent rapidement et l'accouchement se termina heureusement.

DR J. A. OUMET.

Paris, 1 septembre 1891.

COURS ET CLINIQUES.

Clinique du Dr Hingston.

Par ARMAND HUDON, B. M., Interne à l'Hôtel-Dieu.

CAS DE LITHOTRITIE.

Le 15 de septembre, un nommé X. se présente à la clinique avec tous les symptômes d'un calcul vésical : douleur, désordres de la miction, troubles de l'urine, etc. Cet homme, après une marche, souffrait horriblement, et une présence d'hématurie très prononcée se faisait sentir presque aussitôt ; aussi, sur les derniers temps, était-il devenu très faible.

Après un examen très minutieux de la vessie, et après avoir reconnu l'existence d'un calcul vésical, le Dr Hingston se décida pour l'opération. Quelle opération ? La lithotritie ou la lithotomie ? " Je me sers, dit le clinicien, de cette dernière quand je ne puis me servir de la première."

En effet, quand le calcul peut être broyé par la voie naturelle au moyen du lithotriteur et être évacué par cette même voie naturelle, pourquoi aller exposer son patient en faisant un autre chemin qui amènera avec lui toutes sortes de dangers, à savoir : l'hémorragie qui sera causée peut être par la division de l'artère périnéale superficielle, de l'artère transverse du périnée, des hémorrhoidales, ou encore une déchirure de la prostate, une phlébite, et ce qui arrive souvent, à cause du manque de soin, une infection purulente.

Tout en montrant les dangers auxquels exposait la lithotomie, le Dr Hingston fit observer que la lithotritie n'en était pas exempte elle aussi. Ainsi, on aura quelquefois une certaine rétention d'urine, mais ce désordre est vite disparu au seul passage d'une sonde soit de gomme ou de caoutchouc. On aura peut être encore une fièvre urinaire, mais on ne connaît guère de ces derniers cas qui résistent au sulfate de quinine, avec application de cataplasmes sur l'abdomen.

En somme, envisageant ces deux opérations qui doivent tendre au même but, c'est-à-dire l'extraction ou l'expulsion d'un calcul quelconque de la vessie, nous devons donner, dit notre distingué professeur, notre préférence à la lithotritie, parce qu'elle nous donne d'aussi beaux résultats que la lithotomie et qu'elle expose moins les patients que cette dernière.

Après ces quelques explications, le Dr Hingston procéda à l'opération. Le lithotriteur introduit dans la vessie, l'opérateur, après plusieurs manipulations faites avec lenteur et ménagements, afin de s'assurer si la muqueuse vésicale n'est pas prise avec le calcul entre-

les deux tiges, à l'aide d'un mécanisme placé au niveau du pavillon, fit glisser la tige dite mâle dans la tige dite femelle, de telle sorte que leur partie coudée qui forme le mors se séparât en deux valves et leur rapprochement broyât le calcul qui se trouvait entre les deux. Après avoir ainsi broyé la pierre, le Dr Hingston fit le lavage de la vessie avec l'appareil de Bigelow. A mesure que l'eau entraît dans la vessie, elle en sortait presque immédiatement chargée de petits morceaux de pierre qui allaient se déposer dans un petit bocal destiné *ad hoc* et qui fait partie de l'appareil de Bigelow. Puis le clinicien ordonna le repos absolu au malade et, six jours après, une seconde séance de lithotritie lui fut donnée dans les mêmes conditions et avec des résultats aussi satisfaisants. Le patient se porte à merveille et ne se plaint d'aucun malaise.

10 octobre 1891.

ARMAND HUDON, B. M.,
Interne à l'Hôtel-Dieu.

L'ECOLE DE MEDECINE

Ouverture des cours à l'Hotel-Dieu.—Discours du Président et du Doyen de la Faculté. — Lettres des évêques suffragants.—Dons à l'Ecole.

L'ouverture des cours de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de médecine à l'université Laval à Montréal, a eu lieu le 5 octobre, lundi après midi, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Hotel-Dieu.

Lorsque les élèves, qui encombraient le vaste amphithéâtre, virent arriver le Président de l'Ecole accompagnant Mgr l'Archevêque, les professeurs et les invités, la salle retentit de leurs applaudissements.

Mgr Fabre prit son siège, ayant à sa droite le Dr L. B. Durocher, président de l'Ecole, et à sa gauche le R. Père Renaud, supérieur des Jésuites.

Un grand cercle les entourait, composé de MM. le vice recteur Proulx, curé de St Lin ; Gratton, curé de Ste Rose ; Salmon, curé de Ste Marie de Montréal ; Rousseau, P.S.S.; le R. P. Hyacinthe Hudon, S. J.; quelques autres membres du clergé dont les noms nous échappent ; et MM. les docteurs D'Orsonnens, Hingston, Rottot, L. E. Desjardins, Brunelle, Desrosiers, Brosseau, Poitevin, Migneault, Fafard, Demers, Leblanc, Bourque, Brennan, Duquet, Dugas, Fortier, Chartier, Rivet, H. J. Brodeur, Auger, Laberge, Delorme, Chrétien—Zaugg, A. Valois, MacDuff, Guérin et plusieurs autres médecins dont

nous n'avons pu nous procurer les noms et M. E. Hudon, de Laurentides.

M. le Dr Durocher se lève d'abord et prie le Dr Desrosiers secrétaire de la faculté, de vouloir bien lire les lettres de Nos Seigneurs les évêques de Sherbrooke et de St Hyacinthe, qui regrettent de n'avoir pu assister à l'ouverture des cours.

M. Desrosiers lut alors ces lettres.

Lettre de Mgr Racine

{ Evêché de Sherbrooke,
3 Octobre 1891

L. B. DUROCHER, Ecr,

Président de la Faculté de médecine

de l'Université Laval à Montréal.

M. le président,

Je regrette sincèrement de ne pouvoir assister à la séance d'ouverture de la Faculté de médecine, le 5 octobre prochain.

N'ayant en vue que le bien, sans autre mobile que le devoir, MM. les membres de la Faculté de médecine, telle qu'établie aujourd'hui, se sont élevés au-dessus de toute considération particulière, et ont sacrifié à l'intérêt commun toute préférence de personnes, toute rivalité de ville à ville, pour suivre les salutaires enseignements donnés par le vicaire de Jésus-Christ dans la constitution *Jamdudum*.

Cet heureux résultat est dû en grande partie à votre vénérable métropolitain. Le 5 octobre sera donc un jour de joie pour Mgr l'Archevêque de Montréal, pour les suffragants, pour M. le Vice-Recteur, pour vous tous qui avez travaillé à l'organisation de l'Université à Montréal, avec un esprit d'harmonie qui en assure le succès.

Fasse le ciel que notre Université donne toujours à l'Etat des citoyens intègres et utiles, et à l'Eglise des défenseurs fermes et dévoués.

J'ai l'honneur d'être,

M. le président,

Votre très humble serviteur,

† ANTOINE, Evêque de Sherbrooke.

Lettre de Mgr Moreau

St-Hyacinthe, 3 octobre 1891.

L. B. DUROCHER, écr.,

Monsieur le Président.

Je vous suis bien reconnaissant de la gracieuse invitation que vous me faites d'assister à l'ouverture des cours de la Faculté de Médecine de Laval. C'eût été un vrai bonheur pour moi de répondre à votre dé-

sir et de donner le témoignage du vif intérêt que je porte à votre grande et si précieuse institution. Mais mes occupations sont telles en ce temps-ci, que je ne puis m'absenter.

En agréant mon excuse, veuillez aussi agréer mes vœux bien sincères pour un succès hors ligne de votre Ecole, pendant l'année académique qui va s'ouvrir bientôt.

J'ai l'honneur d'être,

Monsieur le Président,

Votre tout dévoué serviteur en N.S.,

† L. L. EV. DE ST. HYACINTHE.

Le président prit ensuite la parole et s'exprima ainsi.

DISCOURS DU DR DUROCHER.

Monseigneur, Messieurs du clergé, Messieurs,

L'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté médicale de l'Université Laval, à Montréal, dont j'ai l'honneur d'être le président, salue avec bonheur l'arrivée de cette jeunesse avide de science et préparée par de sérieuses études.

Permettez-moi de vous rappeler un heureux évènement dont les conséquences seront considérables pour le progrès et la prospérité de cette institution. La législature provinciale se rendant aux vœux de l'autorité suprême de l'Eglise et de Nos Seigneurs les Archevêques et Evêques de Montréal, St Hyacinthe et Sherbrooke a sanctionné l'union si désirable des facultés de médecine de langue française de cette ville. Les différents professeurs de ces facultés ne forment plus qu'une seule institution. Ils sont mis sur un pied d'égalité, et ils se consacreront à l'avancement de l'enseignement médical de cette Ecole telle que modifiée et agrandie.

L'école est sous la protection de Nos Seigneurs les évêques. Elle donnera les diplômes de l'Université Laval au lieu de ceux de l'Université de Toronto. Elle possède les mêmes privilèges qu'autrefois, se gouvernant, faisant ses règlements comme par le passé; de plus exempte de toute concurrence d'institution de notre langue dans cette ville.

La justice et la paix se sont embrassées. Vous assistez donc au début d'une union qui, j'en ai la douce conviction, sera féconde en heureux résultats. L'école n'a plus d'adversaires elle ne connaît que des émules.

Nous sommes trop pressés pour dépenser notre énergie en luttes stériles. L'avancement prodigieux des diverses branches du savoir médical nous entraîne, il faut nous y associer sans retard.

Nous appartenons donc tous à la même institution : l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, espérant éviter les mauvais génies qui tenteraient encore de nous diviser, espérant dans un court délai faire partie d'une grande Université qui répondra aux besoins du district de Montréal, des districts environnants et de tous nos compatriotes d'Amérique.

Nous ouvrons aujourd'hui nos portes, en inaugurant la session 1891-1892, la 49e de cette institution. Dans notre jeune pays où l'horizon est si vaste pour les aspirations vers la nouveauté, c'est déjà beaucoup pour une institution de vivre prospère après cinquante ans d'existence. Née au milieu d'une période critique et agitée de notre histoire, cette école, par ses humbles débuts, devait faire présager ses développements d'aujourd'hui. Elle répondait à un besoin national.

Ces professeurs si méritants, nos dignes et vénérés prédécesseurs, partageaient les sentiments unanimes de nos ancêtres ; celui d'une protection mutuelle et le désir de prendre part au mouvement scientifique contemporain. Serrant leurs rangs, ils ont marché à la conquête de la prospérité nationale sous le rapport intellectuel, comme sous le rapport politique.

Ils ont fait des sacrifices, réuni leurs efforts pour fonder des institutions qui soient des colonnes solides de notre chère nationalité canadienne-française. Au nombre de ces institutions, est cette école, la première sur ce continent, enseignant la science médicale dans notre belle langue française la langue des Bossuet et des Racine, des Dupuytren et des Trousseau.

Je renonce à vous redire les difficultés qui ont assailli notre école depuis son berceau jusqu'à nos jours, ce serait trop long, pénible et parfois douloureux, quoiqu'il soit salutaire de ne pas les oublier. Si des épreuves sont une marque de la valeur des institutions, il faut dire que l'École de Médecine est une grande et bonne œuvre. Ce n'est pas en vain que nos maîtres, les Monroe, les Beaubien, les Coderre, les Peltier, les Trudel, les Craig et autres de l'enseignement médical, y ont consacré les meilleures années de leur vie. En effet, l'École compte plus de huit cents praticiens éclairés, répandus sur tous les points de ce continent. Ils sont fiers de se proclamer élèves de l'École de Médecine et de Chirurgie et ils font en Amérique comme en Europe, honneur à leur *Alma Mater*.

Je manquerais au devoir de la reconnaissance en ne vous rappelant pas un nom qui est inséparable de cette institution, nom dont le souvenir est encore dans tous les cœurs catholiques de cette région, nom qui se rattache à tout ce que la religion et la patrie ont fait de grand dans le diocèse de Montréal ; vous l'avez tous sur les lèvres, c'est celui

du très vénéré et regretté Mgr Ignace Bourget ! Avec des visées profondes, il travaillait à la création d'une grande université canadienne-française à Montréal. Il peut être regardé comme le fondateur de cette école. C'est à lui, à son digne clergé, au dévouement de nos communautés religieuses et au support de nos compatriotes, qu'elle doit d'avoir traversé triomphalement les phases critiques de son existence.

Son digne successeur, marchant sur ses nobles traces, continuera à porter le même intérêt témoigné à cette école. Mgr désire que nous formions ici de savants médecins, des hommes de caractère et de bons citoyens. La religion et la patrie se sont donné la main pour protéger, maintenir et consolider cette importante institution.

Eh bien MM. de l'Ecole, il faut nous rendre digne de si précieux encouragements. Il faut étudier avec ardeur les progrès rapides de la science médicale.

Permettez-moi d'appeler votre attention sur quelques sujets et découvertes attestant les progrès de la science de nos jours. Ne mentionnons pour le moment que les œuvres accomplies dans le grand pays de nos ancêtres, la France.

L'anatomie générale, création de l'immortel Bichat, les progrès dans les différentes branches de l'anatomie jusqu'à l'étude de la Bactériologie.

L'auscultation et la percussion auxquelles le Grand Laennec a donné une précision presque mathématique.

Les belles recherches sur la physiologie expérimentale qui ont immortalisé Claude Bernard.

Trousseau par son immense savoir et son éloquence élève la clinique à un degré inconnu jusqu'à lui.

Guérin et Lister créent l'antiseptie qui provoque toute une révolution dans l'hygiène thérapeutique et chirurgicale.

Villemin, Davaine et Pasteur révèlent les causes encore inconnues d'un grand nombre de maladies.

L'anesthésie suspend la notion de la douleur. D'un grand secours pour le chirurgien, elle permet d'opérer dans des conditions plus avantageuses. La durée de l'existence humaine est élevée de 20 par cent par l'étude et la pratique de l'hygiène. Son enseignement s'impose comme un devoir à toutes les phases de l'éducation. La chimie est parvenue à donner au praticien des principes actifs parfaitement définis : les alcaloïdes, armes précieuses qui les dispense de recourir aux préparations complexes et incertaines de l'ancienne pharmacopée.

La médecine légale est un flambeau indispensable à l'exercice de la justice. La Chirurgie ne connaît plus d'obstacles, la néphrectomie,

l'hystérectomie, l'ovariotomie, sont des opérations journalières. Il sera donné à l'avidité de vos intelligences de connaître sous la direction de professeurs d'expérience et dévouée ces progrès de la science par l'étude et l'observation.

Il me faut abréger et laisser la parole à M. le professeur d'Orsonnens, chargé de faire le discours d'ouverture proprement dit. Un mot maintenant sur l'importance de la philosophie et je termine.

L'étude des sciences médicales exige une solide préparation. Ce serait témérité pour quiconque tenterait d'aborder ce champ épineux, sans au préalable être muni de fortes études classiques. La science de la vie est un problème des plus difficiles pour les érudits.

Les ignorants y perdent leur tête et leur temps.

Sans préparation valable, impossible de tenter cette tâche presque surhumaine.

Quel sera le guide indispensable à travers les écueils dont la science est hérissée? Vous l'avez deviné, messieurs, c'est une saine philosophie. Si l'expérience ne vous l'avait appris, la voix suprême de Léon XIII est là pour vous convaincre. Le premier soin de ce savant philosophe, en montant sur le trône de St Pierre, est de remettre en honneur l'enseignement de la philosophie. Il définit la philosophie. "La science des choses par leurs premiers principes." Toute science se rattache à elle. Avant lui, Cicéron avait dit: "La philosophie préside à la naissance des sciences, elle leur donne la vie, elle en est la mère." Guéruzez arrive à la même conclusion par une image frappante: "Si l'on compare l'ensemble des sciences humaines à un arbre vigoureux, les autres sciences sont les branches, mais la philosophie en est le tronc et la racine." Sans philosophie vous ne voyez partout que des manifestations purement matérielles. L'homme tout entier n'est à vos yeux qu'un sujet de dissection; il n'est que ce que le scalpel vous le montre. Le cerveau est un organe sécréteur de la pensée. Alors plus de libre arbitre, plus de responsabilité humaine, plus d'âme immortelle, mais de simples phénomènes d'automatisme et la formule suivante: "Le néant vaut mieux que l'être." La philosophie vous empêchera de donner votre adhésion à ces mensonges de nos savants matérialistes. Ces écarts retardent la science du vrai savoir médical. Ces demi savants qui n'étudient que la partie la moins importante de l'homme, la matière, seront bientôt oubliés devant les travaux des vrais savants de nos jours. Ces derniers, comme les Surbled, de Boniat et autres, d'accord avec la foi catholique et une saine philosophie, établissent par la physiologie et l'anatomie que sans l'union de l'âme immortelle au corps de l'homme, il est impossible de comprendre les phénomènes vitaux.

Messieurs, je le proclame au nom de tous, vos professeurs sont des chrétiens, il vous feront étudier les phénomènes physiologiques et pathologiques offerts à votre observation selon les vrais principes d'une saine philosophie.

Puissiez vous travailler à faire figurer avec honneur votre *alma mater* à côté des grandes institutions de nationalité étrangère.

Vous aurez par là même contribué à la gloire du Canada français et catholique !

Mainte fois, M. le Dr Durocher dut interrompre son discours : les applaudissements couvraient sa voix.

Il céda la parole à M. le Dr d'Orsonnens, dont nous sommes heureux de pouvoir aussi publier le travail.

DISCOURS DU DR D'ORSONNENS

Depuis longtemps ou plutôt je devrais dire il a toujours été d'usage au commencement de chaque session, qu'un professeur de l'école adressât la parole à MM. les Elèves pour leur souhaiter la bienvenue. Je le fais à l'instant avec le plus grand plaisir au nom de tous mes collègues puis je me permettrai d'ajouter quelques mots. Quelque délicate, vu les circonstances, que soit aujourd'hui cette tâche, je dois l'avouer, c'est un honneur, je devrais plutôt dire un véritable bonheur pour moi d'en avoir été chargé, C'est ce qui m'a fait oublier mon grand âge et les misères de la maladie qui m'entraîne au tombeau et me fait réclamer toute votre indulgence.

Comme le plus ancien membre de notre institution, dont je fais partie depuis 43 ans, je suis heureux de pouvoir annoncer, ou plutôt vous répéter ce que tout le monde sait déjà, que, tout en conservant son nom, son autonomie, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal est aujourd'hui la Faculté de Médecine de l'Université-Laval à Montréal, non pas à titre d'affiliation mais comme partie intégrante et c'est une satisfaction bien grande pour moi de pouvoir ajouter que ceux de ses anciens professeurs distingués, qui dans les circonstances d'alors, avaient cru devoir se séparer de notre corps, sont revenus à nous avec leurs estimés collègues.

Tous conservant leur chaire à l'université, nous donnant à nous notre existence religieuse et recevant de nous en retour leur existence civile. Voilà donc un arrangement honorable de part et d'autre et qui bénéficie à chacun de nous, tout en nous assurant la paix !

Aussi pouvons-nous nous écrier avec joie : "Gloria in excelsis Deo ; et in terra pax hominibus bonæ voluntatis." D'ailleurs, n'est ce pas à peu près la réunion des médecins que Mgr Conroy, délégué apostoli-

que, avait choisis dès le début pour former la Faculté de Médecine de Laval à Montréal : la plupart déjà professeurs de l'Ecole, les autres élèves de cette dernière ? C'est donc une véritable fête de famille à laquelle participent quelques amis que leurs talents nous ont fait adjoindre de part et d'autres.

Cette division dont je viens de parler et qui a duré quelques années a servi à augmenter le travail de chacun de son côté, et de cette noble émulation a surgi un bien considérable ! Aussi sommes-nous heureux de notre union et, sachant nous apprécier les uns et les autres davantage, la main dans la main, nous allons reprendre, avec une nouvelle ardeur, la tâche qui nous incombe.

Seul survivant des fondateurs de l'Ecole, seul qui ai pris part à toutes ses luttes, depuis son commencement jusqu'à ce jour, quel bonheur pour moi de la voir parvenue au poste honorable qu'elle occupe aujourd'hui, car elle est la faculté médicale d'une Université catholique canadienne de Montréal, et qui ne dépend que de Sa Grandeur l'Archevêque de Montréal et de NN. SS. les Evêques de St Hyacinthe et de Sherbrooke, les suffrageants de Sa Grâce. Le Saint Siège a favorisé jusqu'à ce point notre union, le parlement provincial l'a légalisée et l'Episcopat de la province ecclésiastique de Montréal l'a prise sous sa bienveillante protection !!!

Ne sont-ce pas là autant de garanties que désormais notre position actuelle repose enfin sur des bases solides et immuables, tant sous le rapport religieux que sous le rapport civil ?

Et à qui devons nous tous ces précieux avantages ?

Quel est donc le bon génie dont la main forte et puissante a pu renverser enfin tous les obstacles, et dont l'esprit droit et équitable a su concilier tous les intérêts ? Je n'ai pas besoin de le nommer, tout le monde sait que c'est l'œuvre gigantesque de notre vénéré Vice-Recteur le Rvd Messire Proulx, curé de St-Lin. Honneur donc à cet homme de cœur et de talent ! Reconnaissance à ce prêtre si dévoué qui u'a cessé de travailler auprès du St Siège, de la Législature, de l'Episcopat et de concert avec les deux Ecoles que lorsque le succès est venu couronner toutes ses peines, ses travaux et ses démarches !

Nous aurons donc désormais à Montreal une Faculté de Médecine forte par son expérience dans l'enseignement et sa science reconnue ; composée d'un plus grand nombre de professeurs, pouvant enseigner toutes les branches de la médecine exigées par la loi et mêmes les différentes spécialités nouvelles, auxquelles on semble de tous côtés maintenant vouloir se diriger. Les élèves y trouveront par conséquent plus d'avantages ! Cliniques, par exemple, plus nombreuses en Chirurgie et en Pathologie par différents professeurs qui ont déjà fait leurs preuves

tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'hôpital Notre-Dame. Cliniques obstétricales à la Maternité de Montréal. Cliniques sur les maladies des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, visite aux dispensaires. Voilà donc enfin la réalisation des vœux si sages et si perspicaces de notre illustre et regretté archevêque Bourget. C'est bien lui qui a fourni tous les moyens de former notre Université et qui l'a faite ce qu'elle est aujourd'hui, moins le nom que pour des raisons connues de tous, il n'a pu de son vivant lui faire donner ! Rendons hommage à sa mémoire, bénissons le nom de ce grand bienfaiteur de la ville Montréal qui lui doit tant d'Institutions religieuses !

Mais il ne faut pas oublier non plus les sacrifices de l'Ecole qui pendant près d'un demi-siècle, *seule*, sans secours pécuniaires de personne a fait face à toutes les dépenses exigées par les circonstances, et a travaillé sans cesse pour le résultat obtenu ? N'a-t-elle pas le droit de demander aujourd'hui à la société à laquelle elle légua le fruit de tout son travail de venir à son aide, de se charger elle-même de lui construire un édifice convenable, de la doter de bibliothèque, de musée et de cabinet de physique, en un mot de tout faire pour rendre cette institution catholique et nationale le plus beau fleuron de la ville de Montréal et de ne la laisser surpasser par aucune autre !

Qu'il me soit permis de faire remarquer ici que l'Ecole ne peut s'empêcher de dire qu'elle a toujours vu avec peine, mais sans jalousie, que d'autres établissements, du même genre, reçussent en purs dons des terrains d'un prix considérable, des sommes d'argent presque fabuleuses, des octrois de quarante mille piastres de la Législature de la province de Québec, pendant plusieurs années de suites, que celle-ci donnât tout récemment même une égale somme de quarante mille dollars à l'Université de Toronto !

Après avoir tant fait pour nos concitoyens d'une nationalité étrangère, après leur avoir donné quarante mille piastres de l'argent de notre province pour celle d'Ontario, n'avons-nous pas le droit de nous plaindre et de dire qu'il est temps enfin, qu'il est juste même de voir à nos intérêts religieux et nationaux !

Espérons donc que la législature provinciale, à sa prochaine session fera *d'elle-même* pour Montréal, ce qu'elle a fait *d'elle-même* pour l'Université de Toronto et qu'elle fera plus encore !

Espérons que le Séminaire de St Sulpice, qui, avec l'argent du pays, a été fondé à Rome un collège canadien qui lui coûte, dit-on plus de deux cent mille piastres, se rappelant que tous ses biens lui ont été octroyés, par le Roi de France, à la charge de l'éducation en ce pays, se fera un devoir de conscience, un point d'honneur lui qui est si riche et qui peut le faire si facilement sans se gêner, que le Séminaire de St Sul-

pice, dis-je se fera un point d'honneur de contribuer largement à l'érection de l'édifice nécessaire pour un si noble but ! Espérons que nos bons curés, toujours si dévoués pour l'instruction, n'oublieront pas l'Université dans leurs dernières volontés. Espérons que les citoyens riches feront au moins une petite part de leur fortune à cet institution !

La division, l'incertitude, ne peuvent plus donner d'occasion ni d'excuse pour l'indifférence. Il faut que chacun maintenant prête la main à cette grande œuvre, que chacun y contribue pour sa part. Voyez le collège McGili, nos concitoyens d'origine anglaise ne cessent de le doter de sommes d'argent considérables ; les dons de simples particuliers se montent à des centaines de mille piastres à la fois et lui viennent de tous côtés !

Ne soyons pas forcés de rougir plus longtemps de notre apathie pour l'instruction universitaire : n'oublions pas que nous sommes la portion la plus nombreuse de la population et que c'est une honte pour nous de nous laisser avancer ! d'autant plus que nous avons certainement dans plusieurs de nos maisons d'éducation des cours classiques bien supérieurs.

Courage donc, achevons d'organiser notre département d'éducation à Montréal par l'établissement d'une si riche Université qu'il ne nous reste plus rien à désirer. Comptons à cette fin sur la divine Providence, voyons les beaux édifices religieux qu'elle nous a déjà donnés et qui se montrent de toutes part dans notre ville. Pourquoi n'aurions-nous pas, nous aussi notre Université comme œuvre catholique et nationale ?

Serait-il donc plus difficile pour nous Canadiens, de réunir nos efforts et nos moyens dans ce but ?

Monseigneur, vous que le St Siège a mis à la tête de cet établissement si important pour propager les saines doctrines, nous comptons sur votre puissante protection. Nous nous rappelons avec reconnaissance, votre zèle pour les élèves de notre Ecole, lorsque vous avez été son chapelain.

Que ne peut-elle donc pas espérer de Votre Grandeur, aujourd'hui que vous êtes non-seulement son Vice-Chancelier, mais que vous êtes à la tête, comme archevêque, de toute la province ecclésiastique de Montréal ?

Après ce discours, Sa Grandeur Mgr le Vice-Chancelier daigna adresser des paroles de félicitations et d'encouragement.

M. le Vice-Recteur adressa aussi quelques paroles ; il dit entr'autres qu'il sera heureux d'annoncer aux Congrégations Romaines qu'il y a encore des Universités dont les professeurs ne craignent pas de se déclarer hautement chrétiens. Puis l'assemblée se dispersa.

Bureau Provincial de Médecins.

ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE.

L'assemblée semi-annuelle des membres du bureau provincial de médecine a eu lieu mercredi dernier à l'université Laval de Québec. Les membres suivants étaient présents :

MM. les orateurs R. F. Rinfret, M.P., A. Morrissette, F. G. Austin, J. Prévost, E. P. Chèvrefils, l'honorable M. Marcil, H. A. Mignault, J. M. Beausoleil, Robert Craik, L. J. A. Simard. Geo. Ross, Côme Rinfret, A. Dagenais, Thomas Larue, L. J. E. Desjardins, J. H. L. St-Germain, L. T. E. Rousseau, Léonidas Larue, P. Laberge, A. Vallée, C. E. Lemieux, sén., J. Lippé, P. M. Guay, M.P., F. Trudel, L. H. Labrecque, C. S. Parke, F. W. Campbell et A. G. Belleau, secrétaire.

En l'absence du docteur l'honorable J. J. Ross, président du collège, retenu au Sénat, le docteur R. F. Rinfret, M.P., vice-président pour le district de Québec, prend le fauteuil.

Les minutes de la dernière assemblée ont été lues et adoptées. Des lettres d'excuse de l'honorable J. J. Ross, président, et du docteur J. B. Gibson, vice-président du district de Montréal, ont été lues.

Présenté le rapport de l'examen préliminaire pour l'admission à l'étude. Admis : W. A. Huguenin, Montréal ; A. J. Lessard, Québec ; Alexander Cruikshanks, Inverness ; Hector Lavallée, Montréal ; J. C. A. Rivard, Trois Rivières ; M. Eugène E. Morin, Québec ; Albert Lasalle, Trois-Rivières ; A. J. Aubin, Comber, Ont. ; J. A. Dufresne, Deschambault, Avila Viger, Montréal ; Alvin Foot Foss, Sherbrooke ; Robert H. Russell, Québec ; Adolphe A. Allaire, Montréal ; Thomas Bannerman, Montréal ; Benjamin Bonnier, Beauharnois ; Pierre Crispo, Cap Breton ; Louis A. Desrosiers, Lanoraie ; E. Victor Désy, Isle du Pads ; Victor Fiset, Louis Fiset, Québec, Olivier Jacques, St-Hyacinthe ; Louis Z. Renaud, St-Henri de Mascouche ; Aldéric Saint-Denis, Vaudreuil ; Donald F. Walker, Ormstown.

Quinze ont été refusés sur diverses matières et deux sur le tout.

Le rapport des assesseurs des universités Laval (Québec) et Victoria ont été lus et adoptés.

Le comité des créances fait son rapport. La question de la réprocité médicale avec Ontario est remise à la prochaine séance semi-annuelle.

Le comité pour l'examen professionnel est nommé comme suit : pathologie externe, le docteur C. E. Lemieux, sr. ; médecine légale, le docteur Vallée ; pathologie interne, le docteur Geo. Ross ; matière médicale, le docteur Jules Prévost ; accouchements, H. A. Mignault.

Un seul candidat s'est présenté à l'examen professionnel mais a été refusé.

Les bacheliers suivants, après avoir prêté serment sur les diplômes respectifs, sont admis à l'étude de la médecine : MM. Bernard Miville dit Déchène, B. S., St-Paschal, Kamouraska ; Jean Marie Arthur Rousseau, B. A., St-Casimir, Portneuf ; Gustave Augustin Côté, B. L., Ste-Anne des Monts ; Félix Georges Fortier, B. A., Québec ; Evariste Gélinas, B. A., St-Barnabé et St-Maurice ; Joseph H. Richard, B. A., St-Maurice ; R. B. Mackay, B. A., Montréal ; Jean-Etienne-Jos-Ph. Landry, B. A., St-Roch de Québec-Nord ; Joseph F. X. Bossé, B. A., St-Onésime ; Calixte-Alph. D. Masson, B. L., St-Anicet, Huntingdon ; Ernest Cyr, B. A., Maria, Baie des Chaleurs ; Walter J. LeRossignol, B. A., Montréal ; Joseph Lapierre, B. S., St-Jérôme ; Aurélien Constantineau, B. S., Montréal ; Alexis Lagacé, B. A., Montréal ; J. A. Lortie, B. S., Ste-Justine de Newton ; W. J. A. Dérome, B. A., St-Jean-Chrysostôme ; E. Chs. Campeau, B. A., Vaudreuil ; William E. Deeks, B. A., Montréal ; Isaac L. Hargrove, B. A., Eden, Man ; Thomas Nelson Walsh, B. A., Ormstown.

Proposé par les Drs L. E. Rousseau et R. Craik, secondé par les Drs G. Ross, Louis Marcil et Beausoleil,

Et il est unanimement résolu :

“ Que ce bureau a appris avec un vif plaisir l'élévation à la présidence du Sénat de l'honorable J. John Ross, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec ; qu'il le félicite de cette haute distinction si bien méritée.”

Cette résolution a été adoptée unanimement.

Proposé par le Dr H. A. Mignault, secondé par les Drs Craik et C. S. Parke, et résolu unanimement.

“ Que les membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec désirent exprimer conjointement avec les membres de la profession médicale et du public en général, leurs regrets sur la perte que ce collège vient de subir par la mort du docteur Thomas A. Rodger, un des gouverneurs de ce bureau pour la ville de Montréal. Son influence parmi les membres de ce bureau était considérable et mérité, étant doué de capacités incontestables, mais aussi d'une amabilité universellement reconnue de tous ceux qui étaient en rapport avec lui. Il se dévoua de tout cœur chaque fois que l'honneur et l'intérêt de la profession dont il était un des membres distingués exigeaient ses services. Que ce collège désire exprimer à la famille du défunt sa profonde sympathie.”

Les gradués suivants ont ensuite été assermentés et prennent leurs licences de médecins pratiquants : MM. Roch Auguste Paradis, Lotbi-

nière; Albert Aubrey, St-Stanislas de Kostka, Beauharnois; Joseph N. Perrault, Saint François du Lac; Georges Emile René Fortier, Québec; Alfred Arsenault, Saint-Bonaventure; Charles Jean Marie Verge, jr., Québec; Achille Chandonnet, Saint-Pierre les Becquets; Pierre V. Faucher, Sainte-Foye; Gédéon Blanchet, St Dominique, comté de Bagot; Alexis Néré Bellemarre, Yamachiche; Georges Eugène Guillemette, Baie St-Paul; Ludger M. Genest, Saint-Bernard, Charles E. Augé, Drummondville; Georges Cloutier, Saint-Georges, Beauce; Camille Gariépy, Saint-Casimir; Arthman Bruère, Montréal; Elizabeth Walker (née Bruère), Montréal, (M. D. université de Paris); William Dongan, Sainte-Catherine, Ont.; James P. McIntosh, Connecticut, E. U.; Jean Elsdale Molson; Alexander Dewar, Worcester, Ont.; H. B. Ford, Morewood, Ont.; Achille Dagenais, Montréal; Antoine Chopin, Montréal; Charles Wilfrid Beaudoin, Ste-Brigitte, Iberville; Joseph Poupore, Montréal; George Sheriff, Huntingdon; William Fawcette Hamilton, Montréal; Joseph Elie Landry, Stanhope, Québec; Ovide Normandin, Sainte-Philomène; Alexander A. McCrimmon, Montréal; Neil Malcolm Watson, Williamson, Ont.; Thomas Beeth, Otenaw, Man.

Les lettres suivantes sont lues :

A messieurs les gouverneurs du Collège des Médecins,
Messieurs,

A une assemblée des étudiants en médecine de l'école de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de médecine de l'université Laval à Montréal, les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité :

Considérant le prix très élevé à nous chargé pour les cadavres dont nous nous servons pour la dissection; considérant aussi le manque presque absolu de sujets où nous nous sommes trouvés, surtout pendant ces deux dernières années, nous prions messieurs les gouverneurs de vouloir bien considérer notre requête recommandant comme parfaitement compétent en la matière M. Georges de Foy, qui d'ailleurs s'engage à nous fournir tous les cadavres dont nous avons besoin moyennant la somme de cinq dollars (\$5.00). Et ferez justice.

Les étudiants en médecine de Montréal,

F. X. DE MARTIGNY,
Président.

ELZÉAR MONTPETIT,
Secrétaire.

Montréal, 29 septembre 1891.

Au bureau des gouverneurs du collège
des médecins de la province de Québec.

L'humble requête du soussigné expose respectueusement :

Que des plaintes très nombreuses sont faites tous les jours par les médecins et les étudiants en médecine contre monsieur Lamirande, le présent inspecteur d'anatomie, comme ne donnant pas satisfaction à la profession médicale et ne fournissant pas le service qu'elle est en droit d'exiger de lui ;

Que le prix de dix piastres (\$10.00) par sujet que le dit Lamirande exige est exorbitant et certainement hors de la portée de bien des personnes nécessiteuses ;

Que la pénurie de cadavres où les étudiants en médecine se sont trouvés, dans ces dernières années surtout, est une anomalie très regrettable ;

Que le dit soussigné s'engage à fournir les cadavres à un prix bien moins élevé, savoir : cinq piastres chaque ;

Qu'il s'engage de plus à visiter les diverses universités pour voir à ce qu'elles ne manquent pas ce sujets de dissection et autant que possible qu'elles en soient toutes et toujours abondamment fournies.

GEORGES DE FOY.

Montréal, 29 septembre 1891.

Il est proposé par le docteur Dagenais, secondé par le docteur Beau-soleil ;

“ Que le collège des médecins recommande au gouvernement de révoquer la loi concernant l'inspection d'anatomie, et qu'un amendement à l'acte médical investisse le bureau des devoirs de l'inspection ; ”

Proposé par le docteur Craik, secondé par le docteur Marcil :

“ Que vu que certains porteurs de degrés B. A., B. S. et B. L. ont par ignorance négligé de faire enregistrer leurs degrés dans le temps voulu, il soit résolu ;

“ Que pour rectifier cette omission tous les porteurs de tels degrés, depuis la promulgation de l'acte jusqu'à cette date, et qui ont signifié le désir à cet effet soient considérés comme ayant été enregistrés comme étudiant en médecine, aux dates que portent leurs degrés.”

Cette motion a été renvoyée par un vote de 7 contre 15.

Le docteur Dugdale, de Montréal, est nommé assesseur au Bishop Collège en remplacement de feu le docteur Rodger.

Le docteur J. A. Macdonald, Montréal, est nommé gouverneur du collège en remplacement de feu le docteur.

Le docteur Lippé, appuyé du docteur Chèvrefils, soumet le projet suivant :

Projet d'assurance mutuelle entre tous les médecins de la province de Québec.

L'assurance sera sous le contrôle du bureau des gouverneurs, qui sera autorisé d'augmenter ou de diminuer les contributions pour que la somme de mille piastres (\$1000) soit remise à la famille du défunt, au décès de chacun des membres de la profession, lequel décès devra être déclaré dans les trois mois, pourvu que le membre défunt ait payé sa prime et ses contributions au temps dit.

Si le membre défunt a négligé de payer sa prime ou ses contributions sa famille ou ses héritiers n'auront droit qu'à la moitié de sa prime et la moitié de ses contributions payées. Tous les médecins qui auront obtenu une licence pour pratiquer dans la province de Québec, qu'ils demeurent dans la province ou en dehors, et qui paieront la prime et les contributions, seront considérés comme assurés, et leur famille ou leurs héritiers, s'ils n'ont pas de famille, pourront réclamer le montant qui leur reviendra du bureau des gouverneurs, lequel montant ne pourra, en aucun cas, excéder la somme de mille piastres, (\$1000) et ne pourra être délivré, sous n'importe quelle considération, qu'aux membres de la famille ou héritiers du défunt, ou sur leur autorisation.

Le régistrateur continuera à percevoir les primes et les contributions, et les remettra au trésorier, qui les déposera dans une banque ou autres institutions qui offriront de bonnes et valables garanties, et sur la présentation de l'extrait mortuaire, approuvé par le président et le régistrateur, il remettra le montant ou partie de l'assurance due à la famille ou héritiers dans le cours de trente jours.

La prime ou entrée sera de une piastre pour chaque année d'âge de chacun des membres, et la contribution sera de dix piastres par année payables le 1er juillet de chaque année.

L'entrée sera payable dans les trois mois de trente jours de la formation de l'assurance ou de l'enregistrement de la licence.

Le docteur Beausoleil présente le rapport du comité de législation. Il sera imprimé, distribué aux membres, et le président est chargé de convoquer une assemblée générale du bureau à Montréal, le dernier mercredi d'octobre courant pour le prendre en considération.

L'honorable Marcil propose, secondé par le docteur Beausoleil :

“ Que tous le montant d'argent dont le bureau provincial peut disposer, tant sur le capital qu'il a en mains que sur les arrérages qu'il devra faire collecter instamment, seront affectés à l'achat d'une bibliothèque de médecine ; que 50 pour cent du revenu annuel net du susdit bureau, soit aussi affecté à l'augmentation et à l'entretien de la dite bibliothèque de médecine ; que tout membre de la profession qui vou-

dra avoir accès à cette bibliothèque devra payer deux piastres annuellement."

Cette motion sera prise en considération à une autre séance.

Sur motion du docteur P. M. Guay, secondé par le docteur L. J. E. Desjardins, des remerciements sont ensuite votés à l'université Laval pour l'usage gratuit de ses salles,

Rapport du comité de législation médicale.

Monsieur le Président :

Messieurs les Membres du Collège des
Médecins de la Province de Québec.

Votre comité a l'honneur de vous faire part des résolutions destinées à servir de base à la refonte de la loi qui régit la profession médicale de cette province.

Les affaires du Collège des Médecins de la Province de Québec seront conduites par un conseil de 40 médecins, élus tous les cinq ans.

La corporation du Collège des Médecins de la Province de Québec pourra posséder des biens immeubles n'excédant pas, en revenus annuels nets, la somme de dix mille dollars.

Chaque faculté médicale de cette province aura droit à deux représentants au bureau médical.

Le prix du certificat d'admission à l'étude de la médecine sera de \$25.00.

Le prix de la licence de pratique sera de \$50.00.

La contribution annuelle des membres du collège est abolie.

Le système des assesseurs est aboli et remplacé par une déclaration solennelle du Secrétaire de chaque faculté, selon une formule préparée par le Bureau Médical.

Le jury de l'examen d'admission à l'étude de la médecine se composera de quatre à six membres nommés par le Bureau.

Nul ne pourra obtenir de licence de pratique, s'il ne s'est conformé, en tous points, aux exigences de la loi concernant l'admission à l'étude le curriculum à suivre, et les examens à subir, tel que ci-après indiqué.

La botanique, la chimie inorganique, le grec, la physique et la philosophie intellectuelle seront, de rigueur, matières de l'examen d'admission à l'étude de la médecine.

Tout étudiant en médecine devra suivre ses études médicales pendant une période de cinq années, sans interruption, à partir du moment où il aura passé l'examen préliminaire exigé par la présente loi.

Tout étudiant devra suivre le cours suivant d'études médicales :

Anatomie générale ou Histologie.....	1 cours de 120 leçons.
Anatomie descriptive et topographique.....	2 cours de 120 leçons.
Anatomie pratique.....	3 cours annuels.
Physiologie générale et spéciale.....	2 cours de 120 leçons.
Hygiène.....	2 cours de 60 leçons.
Pathologie générale.....	3 cours de 60 leçons.
Chimie organique.....	2 cours de 120 leçons.
Matière médicale et thérapeutique	3 cours de 120 leçons.
Clinique médico-chirurgicale	5 années.
Obstétrique.....	2 cours de 120 leçons.

Avoir assisté à pas moins de 20 accouchements
dans une maternité.

Pathologie interne	3 cours de 120 leçons.
Pathologie chirurgicale.....	3 cours de 120 leçons.
Gynécologie.....	2 cours de 60 leçons.
Chirurgie opératoire.....	2 cours de 60 leçons.
Histologie pathologique.....	1 cours de 50 leçons.
Chimie médicale.....	2 cours de 30 leçons.
Jurisprudence médicale et toxicologie.....	2 cours de 60 leçons.
Exercices à la morgue	1 cours de 10 leçons.

Chaque faculté de médecine devra donner des notions générales de l'histoire des sciences médicales et de déontologie professionnelle.

Le bureau médical pourra élever le prix de la licence de pratique accordée aux étrangers à la province de Québec.

Le Bureau médical fera adopter par le Lieutenant-Gouverneur en conseil un tarif *minimum* d'honoraires professionnels.

Tout médecin licencié sera éligible à la charge de membre du Bureau médical de cette province.

Des amendements concernant la pratique illégale de la médecine ont été préparés ; ils couvrent tous les points faibles mis en lumière par les avocats du Bureau médical ; vous les trouverez annexés ci-contre.

Le tout respectueusement soumis,

FRANCIS W. CAMPBELL, M.D.,
Président.

J. M. BEAUSOLEIL, M.D.,
Secrétaire.

PRATIQUE ILLÉGALE DE LA MÉDECINE.

Les articles 3996 et 3999 des Statuts Refondus de la Province de Québec sont abrogés et remplacés par les suivants :

1o Toute personne non licenciée en cette province pour pratiquer

la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, qui sera convaincue sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'y pratiquer ou d'y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, ou qui offre ou donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, encourt une pénalité de cent piastres.

2o Une pénalité semblable est encourue par toute personne non licenciée comme susdit qui a assumé ou assume faussement le titre de docteur, de médecin, de chirurgien ou accoucheur ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette Province.

3o Toute personne non licenciée comme susdit qui a pris ou assumé ou prend ou assume dans un papier-nouvelles ou dans des circulaires écrites à la main ou imprimées ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, ou sur des paquets ou bouteilles un titre, un nom ou une désignation quelconque, par lettre initiales ou autrement, de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment licenciée ou qualifiée à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ou accole à son nom les abréviations : Dr ou M. D., et autres que prennent généralement les membres du dit collège est passible d'une amende de cent piastres.

4o Toute personne non licenciée comme susdit qui annonce dans les journaux ou dans les circulaires écrites à la main ou imprimées ou autrement des remèdes, médicaments ou traitements brevetés ou non brevetés est sensée pratiquer la médecine, tel que déclaré ci-haut, est passible d'une amende de cent piastres.

5o Toute telle personne non licenciée qui se faisant juge, ou s'enquérant d'aucune maladie de toute personne lui vendra ou lui donnera ou échangera avec elle par la suite, personnellement ou par mandat quelque remède, médicament, drogue ou plante médicinale, sera aussi sensée avoir pratiqué la médecine tel que déclaré ci-haut et sera passible d'une amende de cent piastres.

6o Toute personne non licenciée comme susdit qui donne des consultations, palpe, ausculte ou examine toute personne et prescrit tel remède ou médicament, breveté ou non breveté, sera censée avoir pratiqué la médecine tel que déclaré ci-haut et sera passible d'une amende de cent piastres.

7o Toute personne non licenciée comme susdit qui sera propriétaire ou en possession d'un remède ou médicament breveté n'aura pas d'autre droit que celui d'en disposer comme d'un article de commerce et ne pourra pas donner de consultation ni de prescription à l'acheteur sous peine d'encourir une pénalité de cent piastres.

8o Toute personne qui n'est pas licenciée comme membre du Col-

lège, ne peut recevoir sans être sujet à répétition, ni recouvrer en justice le prix d'aucun avis médical ou chirurgical, service professionnel, remède ou consultation qu'elle peut avoir prescrit ou donné et ne pourra jouir d'aucun privilège conféré par cette loi.

90 Dans toute poursuite en vertu de cet acte la preuve de la licence ou de l'enregistrement est à la charge du Défendeur.

100 Les pénalités imposées en vertu de cet acte sont recouvrables avec frais sur poursuite prise au nom du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec et lui appartiennent.

110 Dans toute poursuite où la dite Corporation est partie, ou dans laquelle elle est intéressée les membres et officiers de la dite Corporation ne sont pas compétents à rendre témoignage à raison de cette qualité.

120 Dans toute poursuite en vertu de cette loi, en recouvrement de pénalité ou amende, il n'y aura pas lieu à exception préliminaire, à moins qu'une injustice grave ne résulte de cette dérogation de la procédure civile, et, quant au mérite, dans ces poursuites, la preuve en substance de faits allégués sera suffisante.

130 Les pénalités et amendes imposées en vertu du présent acte peuvent être réclamées par actions civiles ordinaires, indifféremment devant toute Cour de Magistrats ou de circuit, ou toute Cour Supérieure compétente.

140 Le défendeur à défaut de paiement de la pénalité et des frais dans les quinze jours qui suivent la reddition du jugement est soumis à un emprisonnement de trois mois ; au cas de récidive, le demandeur ou plaignant peut conclure à la condamnation du défendeur ou accusé au paiement d'une amende double et des frais et à défaut de tel paiement à un emprisonnement de six mois.

150 Le paiement de partie des frais ou de la pénalité n'empêche pas la contrainte par corps pour la balance de la pénalité et des frais ou de l'un ou de l'autre, et pour les frais subséquents sans diminution des termes de l'emprisonnement.

160 L'emprisonnement se fera sur simple mandat du greffier ou protonotaire sur simple fiat du demandeur ou plaignant ou de son procureur et pourra être *mutatis mutandis* selon la formule (0) contenue en la cédule annexée au Chapitre 31 de la loi Fédérale, 32-33 Victoria.

170 L'article 2276 du Code Civil n'aura pas son application à la présente loi.

180 La prescription édictée par l'Article 2242 du C.C. s'appliquera aux pénalités établies par cette loi.

190 La présente loi devra être interprétée libéralement contre le défendeur ou accusé de manière à protéger amplement le public et la

profession médicale contre la pratique illégale de la médecine, la chirurgie, de l'art obstétrique ou d'aucun genre de médecine.

20 Les lois en vigueur lors de la mise en force du présent acte, incompatible avec icelui, sont abrogées.

MEDECINE

De la pathologie des ictères graves et de leur traitement par l'essence de térébentine.

Un esprit non prévenu, dit le docteur Carreau, ne peut s'empêcher d'être frappé de l'analogie des symptômes et des lésions que présentent avec l'ictère grave certaines maladies engendrées par des causes très différentes, mais qui ont peut-être, comme résultat final, une action chimique identique sur le sang. A vrai dire, il n'y a pas un ictère grave, mais des ictères graves ; outre celui dit essentiel, il faut mentionner spécialement, parmi ceux qui nous intéressent le plus, celui de l'empoisonnement par le phosphore, ceux de la fièvre jaune et des fièvres bilieuses graves.

La ressemblance entre l'empoisonnement par le phosphore et l'ictère grave a été signalée par Tardieu, Béhier, Trouseau, Jaccoud, Kelsh, Dieulafoy, aussi bien au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique et étiologique.

Contre tous les ictères graves, dit l'auteur, j'emploie depuis longtemps l'essence de térébentine, l'identité des symptômes et des lésions me paraissent devoir logiquement entraîner l'identité de traitement. Ses effets diurétiques et némostatiques l'indiquaient d'ailleurs nettement dans une maladie dont l'anurie et les hémorragies sont le principal danger. Des succès inespérés ont couronné cette thérapeutique.

Comment agit l'essence de térébentine ? La réponse à cette question n'est pas difficile. Maintenant que la pathogénie des ictères graves me paraît compréhensible, le sang primitivement adultéré, contenant une certaine quantité de méthémoglobine acide et d'hémoglobine dissoute dans le sérum, survient de la polycholie par excès de fonctionnement du foie, et la bile pénètre dans la circulation. En présence du sang altéré, elle détermine la formation d'une certaine quantité d'hématine. L'hémoglobine diminuée de quantité et ayant subi en partie un certain degré de réduction ne suffit plus à oxygéner les matières organiques. Des produits de transformation intermédiaires de l'urée apparaissent dans le sang qu'on trouve chargé de créatine, de

xantine, de leucine et de tyrosine ; l'urée serait en quantité moindre d'après les derniers travaux. Sous la même influence, la production de la graisse se trouve augmentée, la raréfaction de l'oxygène dans le sang accroissant la dissociation de l'albumine (loi de Frankel). En ce moment, les lésions sont encore réparables ; que, dans ces conditions, on introduise dans le sang une substance ozonisée, comme l'essence de térébenthine qui est la première indiquée par son succès dans l'empoisonnement par le phosphore, et les produits de transformation incomplète (leucine, tyrosine, etc.) continuant à s'oxyder, seront transformés en urée ; la dissociation de l'albumine, tout à l'heure exagérée, se régularisera ; les matières grasses seront formées de ce fait en moindre quantité et la quantité déjà accumulée dans les organes s'oxydera davantage pour sa transformation ultérieure en eau et en acide carbonique ; en conséquence, les organes dont cette infiltration graisseuse faisait toute l'altération, ne tarderont pas à revenir à leur état normal.

Il est évident que l'essence de térébenthine employée trop tard, quand les cellules hépatiques sont déjà détruites, ne réussira plus, d'où le précepte d'administrer le médicament à temps. C'est pour n'avoir pas fait cette distinction que le succès de la térébenthine a été parfois contesté ; je m'empresse d'ajouter que le résultat dépend aussi de la qualité de l'essence employée. L'essence de térébenthine agissant en tant que corps ozonisant, il est de toute nécessité qu'on essaye préalablement de son action en présence du sang et de la teinture de gaiac ; il y a de certaines pharmacies où l'essence de térébenthine est conservée dans des caves, à l'abri de la lumière et est impuissante à donner la réaction d'Almen. Celle-ci ne doit pas être employée sous peine de nullité d'action.

J'administre l'essence de térébenthine *larga manu* jusqu'à 60 capsules dans les premières trente-six heures quand le cas est très grave, ou en injections hypodermiques poussées très activement quand les vomissements ne permettent pas de garder l'essence. Dès que les symptômes se sont amendés et que l'albumine commence à diminuer dans les urines, j'abaisse progressivement la dose pour suspendre bientôt entièrement l'emploi du médicament. Un excès d'essence de térébenthine aurait des inconvénients ; d'ailleurs, à quoi servirait de persister dans l'administration du remède, du moment qu'on a obtenu le résultat cherché, son action serait au moins inutile.

Gubler aurait vu un ictère grave et qui faillit être funeste, succéder à l'ingestion accidentelle d'une gorgée d'essence de térébenthine.

(*Médecine moderne.*)

Le traitement du cœur sénile.

Le premier indice de la sénilité progressive du cœur est son hyperirritabilité, qui se manifeste par une sensation désagréable, pénible, angoissante, parfois même par une véritable douleur à la région précordiale, ainsi que par des palpitations survenant après chaque effort, à l'occasion des mouvements brusques et des émotions morales. Le pouls est parfois tendu et la pression artérielle augmentée ; mais plus souvent, c'est le contraire qu'on observe : le pouls est petit, mou, facilement compressible, et la tension artérielle abaissée.

D'après M. le docteur Balcour (d'Edimbourg), les cas de cœur sénile peuvent, au point de vue des indications thérapeutiques, être divisés en deux groupes distincts.

Le premier comprend les individus obèses, qui ont l'haleine courte et qui présentent, par moments, des irrégularités de l'action cardiaque avec ou sans dilatation du cœur. Dans les cas de ce genre, l'indication principale consiste à réduire la quantité d'aliments et de boissons. Beaucoup d'affections séniles du cœur sont, en effet, provoquées ou au moins exagérées par l'excès de nourriture et de boisson. On recommandera donc au malade la plus grande tempérance possible ; on veillera à ce que ses repas soient espacés de cinq heures au moins et que, dans ces intervalles, le malade ne prenne aucune espèce de nourriture solide. Le repas principal doit avoir lieu vers midi. On supprimera complètement, si c'est possible, les boissons alcooliques et le tabac, ou bien on les réduira au minimum chez les buveurs et les fumeurs invétérés. Enfin, on réglera l'exercice musculaire du malade, de façon à l'adapter aux exigences de chaque cas particulier.

Le second groupe des affections séniles du cœur est constitué par des individus avec des affaiblissements de la nutrition générale, affaiblissement dû soit simplement à la sénilité, soit à des pertes de sang, des sécrétions excessives, des troubles des organes hématopoïétiques à une cachexie résultant de l'existence de tumeurs malignes, etc. Dans ces cas, il faut s'efforcer à supprimer toute source de déperdition et à relever autant que possible l'état de nutrition du malade par une alimentation reconstituante et d'autres moyens appropriés.

Pour ce qui concerne le traitement médicamenteux, il faut se rappeler que toutes les variétés du cœur sénile ne sont que des manifestations diverses, d'une faiblesse cardiaque avec plus ou moins de complications. Pour cette raison, on aura recours à l'usage des toniques du cœur et, en premier lieu, à la digitale. Dans les états spasmodiques avec augmentation de la pression artérielle, on s'adressera aux nitrites, surtout à la nitroglycérine. Si, ce qui est fréquent, la maladie est de

nature goutteuse, on fera usage de l'iodure de potassium et du colchique.

Enfin, le ventre sera tenu libre à l'aide de la rhubarbe ou, lorsqu'un purgatif plus énergique est indiqué, au moyen de pilules de coloquinte composées, dont voici la formule :

Aloès pulvérisé.....	} à 2 gr. 50 centigr.
Ccloquinte pulvérisée....	
Scammonée pulvérisée.....	
Miel liquide.....	Q S.
Essence de girofles.....	o gr. 05 centigr

F. S. A. 50 pilules argentées. A pre. re 1 à 4 pilules par jour.

Chaque pilule contient 5 centigrammes de chacune des trois substances purgatives. (*La semaine médicale.*)

Vertige de Ménière

Un homme d'une cinquantaine d'années, cocher, s'est présenté à la consultation en se plaignant de souffrir de vertiges qui se sont montrés pour la première fois il y a quatre ans ; il y a un an, au moment d'un de ces vertiges, il est tombé en avant et s'est fait une plaie à la tête. Cette affection, qui depuis s'est souvent renouvelée, est précédée d'un bourdonnement ou d'un sifflement d'oreilles, et suivi dans quelques cas de vomissements ; mais il n'y a pas perte complète de connaissance.

La réunion de ces divers symptômes constitue le type ordinaire du vertige de Ménière. L'oreille est le point de départ des accidents, et on peut dire que toutes les affections de cet organe peuvent retentir sur le labyrinthe et agir par ce mécanisme ; aussi la nature de la lésion ne présente qu'une importance secondaire, à moins qu'il ne s'agisse d'un bouchon cérumineux, car on peut alors, en l'enlevant, obtenir une guérison immédiate. Mais alors même que la lésion serait peu accessible, la thérapeutique permet d'agir presque à coup sûr sur le vertige.

Un point intéressant de l'histoire de cet homme, c'est qu'il a pu passer dans plusieurs services hospitaliers, sans qu'on ait reconnu la nature de sa maladie ; on a même été amené à lui faire des applications de sangsues, pratique fort nuisible en la circonstance, en ce que toute anémie peut exaspérer les accidents.

M. Charcot a depuis longtemps indiqué le procédé de traitement des cas de ce genre : il consiste à donner deux fois par jour, à chaque repas, 0,40 centigrammes de sulfate de quinine (0,80 centigrammes par jour) que l'on continue ainsi pendant quinze jours. Le malade se repose alors pendant huit jours, puis reprend le médicament de la même

manière ; après trois ou quatre reprises suivies ainsi de repos, la guérison est généralement obtenue.

Sous l'influence de la médication, il y a quelquefois au début exaspération des bruits et même des vertiges ; mais l'amélioration ne tarde pas à se produire.

Il est à noter que dans la forme où il s'est présenté chez ce malade, le vertige est très facile à modifier ; mais il n'en est plus de même dans certains vertiges constitués pour ainsi dire par deux éléments : un élément aigu, constitué par les attaques plus ou moins éloignées les unes des autres, et un état chronique caractérisé par un vertige moins fort, mais incessant, qui oblige les malades à garder la chambre souvent même à éviter toute espèce de mouvements. Dans ces cas, sulfate de quinine ne réussit pas aussi rapidement, et il faut quelque fois jusqu'à sept ou huit mois pour obtenir un effet utile.

Le vertige de Ménière est relativement fréquent et d'un diagnostic assez facile ; cependant, la plupart des malades que M. Charcot a eu l'occasion de voir avaient été l'objet d'erreurs de diagnostic, et souvent même traités par les moyens les plus variés et tout à fait inopportuns. On ne saurait donc trop attirer l'attention sur ce sujet.

• (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.)

Teinture d'iode et glycérine

Le Dr Hammond propose de mélanger ce médicament avec de la glycérine. Le produit obtenu aurait sur la peau une action plus énergique que la teinture d'iode seule. Cette différence d'action doit provenir de ce que l'iode se volatilise plus lentement, ou plutôt de ce que la peau est maintenue dans un état de souplesse qui permet une absorption plus rapide de l'iode.

(L'Odontologie.)

Réaction pour la recherche de la cocaïne.

M. PATIEN.—Voici une réaction très sensible et très simple qui peut rendre de grands services pour décèler les petites quantités de cocaïne, réaction beaucoup moins compliquée que celle qui été indiquée par M. Ferrira. Il suffit de faire évaporer avec précaution quelques gouttes de la solution de cocaïne dans un verre de montre, puis de délayer le résidu dans quelques gouttes d'alcool à 95., et d'ajouter une pastille de potasse caustique. Il se dégage alors une odeur très nette d'éther benzoïque. Cette réaction permet de caractériser des fractions de milligramme de cocaïne et de ses sels.

(Bulletin Médical.)

Le régime lacté absolu dans le scorbut

M. Tchelsoff a communiqué à la société des médecins russes le résultat de 28 observations, portant sur des malades atteints de scorbut et traités exclusivement par le lait. Il paraîtrait du reste que ce traitement est populaire dans la Russie du Nord. Il importe d'établir le régime lacté par une progression de la quantité de lait ingéré en commençant par cinq verres par jour, et en augmentant la dose d'un verre chaque jour, ou tous les deux jours. Cette progression a pour but de mettre le malade à l'abri du dégoût, ce qui ferait échouer le traitement.

Le régime lacté doit être absolu ; l'addition d'un aliment étranger, même en petite quantité, retarde le rétablissement du malade.

Ce sont la courbature et l'état mental qui disparaissent les premiers ; puis cèdent à leur tour l'œdème des membres, la sensibilité des muscles à la pression, les douleurs pendant la marche, les raideurs articulaires et les arthralgies, et, enfin, les ecchymoses. Le purpura, la tuméfaction des gencives, leur saignement et leur ulcération. La fièvre disparaît le premier, le deuxième ou le troisième jour.

D'après l'auteur l'action favorable du lait serait due à ce qu'il entraine l'apport des chlorures et leur remplacement par des sels de potassium. *(Pratique méd.)*

CHIRURGIE.

Paralysie faciale consécutive à l'avulsion des dents

Walson a observé un cas curieux de paralysie motrice et sensitive chez une dame qui s'était fait arracher deux dents, la deuxième petite molaire et la deuxième grosse molaire. Lorsque la patiente qui avait respiré le protoxyde d'azote se réveilla, elle se plaignit d'insensibilité, d'impuissance motrice dans la lèvre du côté opéré. A l'examen on s'aperçut qu'une partie de la fossette du menton était insensible et quelque peu paralysée. Six mois après, l'opérée n'avait pas encore retrouvé l'état normal. L'auteur explique cette paralysie par l'élongation du nerf dentaire inférieur qui était adhérent aux racines des dents.

(L'Odontologie.)

L'eau chaude comme hémostatique après l'extraction des dents.

Depuis longtemps on se sert de l'eau chaude dans la pratique gynécologique pour arrêter les hémorrhagies utérines. Le Dr Scheff, de

Vienne, guidée par cette idée, s'est servi de l'eau chaude à la place de l'eau froide pour arrêter l'écoulement sanguin après l'extraction des dents, et ne s'en est pas mal trouvé. Il se sert d'une grosse seringue en verre et fait tomber l'eau chaude goutte à goutte sur la plaie dentaire jusqu'à ce que l'hémorrhagie s'arrête.

Dans plusieurs cas, il obtint un succès complet : l'hémorrhagie s'arrêta définitivement après avoir résisté dans un cas même à des tampons de gaze iodoformée.

(*Moniteur de thérapeutique*, 2 mars 1891.)

Note sur un cas de cure radicale de cryptorchidie

Par le docteur O. LAURENT.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, atteint d'une tumeur congénitale de la région inguinale droite. Le testicule du côté correspondant n'a pas effectué sa descente dans la bourse. Le malade ne peut se livrer à aucun effort ; il éprouve fréquemment de très vives douleurs et des tiraillements localisés à l'aîne. Il lui est parfois possible de réduire partiellement la tumeur.

Celle-ci présente le volume d'un poing ; elle est ovoïde, à grand axe dirigé dans le sens du ligament de Poupert. Elle est constituée par le testicule ectopié et par l'épiploon. Diagnostic : *Cryptorchidie compliquée d'épiplocèle*.—De l'autre côté, *testicule oscillant*.

Le mal s'aggravant d'une façon constante, le malade réclame une intervention radicale.

L'opération est pratiquée à Bruxelles, le 4 novembre 1890 (avec l'aide de mes confrères Buisseret, Defay et Thœlen), comme suit :

Je fais une incision de 10 centimètres s'étendant de l'extrémité supérieure de la tumeur à la partie supérieure de la bourse et j'incise les différents tissus de revêtement, couche par couche. Il s'écoule bientôt une assez grande quantité de sérosité ; l'épiploon est mis à découvert. Celui-ci recouvre, comme dans une sorte de loge, le testicule qui est renversé ; sa face antérieure regarde en arrière. Il est complètement libre d'adhérences, mais les appendices et le cordon sont immobilisés par des brides fibreuses ; son aspect est tout à fait *normal* et son volume n'est que légèrement inférieur à celui d'un testicule sain.

Après une incision circulaire de la vaginale, l'épididyme est détaché en dedans et en dehors, ainsi que le cordon, le canal inguinal largement débridé, la masse épiploïque *excisée* et les piliers réunis et suturés sur le moignon épiploïques.

Je creuse ensuite, au moyen des doigts, une cavité dans le tissu cel-

lulaire de la bourse, j'y *descends* le testicule sur lequel je résèque partiellement la vaginale (en vue d'obtenir l'adhérence). La glande est fixée aux parois profondes du scrotum par trois sutures perdues de fil de soie qui la *traversent* dans toute son épaisseur. Une quatrième suture est appliquée à ciel ouvert. Elles sont placées au niveau des faces postérieure et antérieure, du bord externe et du cordon. En dernier lieu, fermeture de la plaie ; pas de drainage.

Le soir les douleurs sont très marquées. Pas d'orchite consécutive. La guérison s'est rapidement effectuée.

Actuellement (neuf mois après l'opération) le résultat favorable se maintient ; le testicule est fixé aux deux tiers supérieurs de la bourse et les fonctions génitales s'accomplissent normalement.

Je crois inutile d'entrer dans quelques considérations relatives à cette observation. Je dirai seulement que, à mon avis et contrairement à ce qui a été avancé, la castration est formellement contre indiquée dans les cas analogues à celui que je relate. Car la diminution de volume peut ne tenir qu'à un arrêt de développement et non pas à une atrophie proprement dite, et si "une évolution plus tardive qu'à l'ordinaire amène au dehors le testicule, il prend souvent en peu de temps son volume normal et devient apte à fonctionner à son heure, comme s'il n'avait jamais été retenu (Moned et Arthaud)". "Le testicule serait-il manifestement inutile, mort fonctionnellement, sa présence dans les bourses, à moins toutefois de dangers spéciaux, n'aurait-elle d'autre avantage que de ne laisser au malade qu'un testicule moral (Verneuil), une illusion consolante (Robert), que la méthode conservatrice mériterait encore d'être employée à l'exclusion de toute autre (Duchesne)".

(*La Clinique.*)

Curabilité de la péritonite post-opératoire

Par M. JULIEN.

Les statistiques de ce mode d'intervention n'enregistrent guère que des succès. L'auteur, après avoir pratiqué une laparotomie pour un cas de pelvi-péritonite ancienne, et vidé une poche purulente développée aux dépens de la trompe droite, essaya vainement de suturer les parois de cette poche aux lèvres de l'incision cutanée. Il dut se résigner à tamponner cette cavité à la gaze iodoformée et à ne refermer qu'incomplètement la cavité abdominale. Quelques gouttes de pus s'étant introduites dans le ventre, on fit un lavage prolongé de toute la cavité péritonéale avec une solution d'acide borique chaude.

Le lendemain en présence d'une péritonite suraiguë, l'auteur n'hé-

sita pas à enlever quelques fils de suture et à faire avec une grande canule en verre, promené dans toutes les directions de la cavité abdominale, un lavage avec une solution saturée d'acide borique (cinq litres), et il fit ensuite passer dans le ventre un litre de solution d'acide phénique au centième. Ce lavage eut pour résultat une véritable résurrection de la malade. Les lavages furent refaits deux fois encore les deux jours suivants et à partir de ce jour la guérison était assurée. La malade revue trois mois après était débarrassée des accidents pour lesquels on était intervenu. Avec ces lavages répétés et la glace à demeure on peut enrayer une péritonite post-opératoire.

(*Méd. mod. de Paris.*)

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre.

M. DUMONTPAILLIER.— On introduit et on laisse à demeure dans la matrice un crayon composé d'une partie de sulfate de cuivre pour une partie de farine de seigle. La longueur du crayon à introduire dans la matrice est égale à la longueur du canal cervico-utérin. Un crayon de 7 centimètres $\frac{1}{2}$ pèse 1 gramme, il renferme donc 0,50 centigrammes de sulfate de cuivre, Cette dose de médicament actif est suffisante pour déterminer une cautérisation superficielle de la muqueuse et par son maintien dans la cavité utérine pendant plusieurs heures, le sulfate de cuivre pénètre dans les culs-de-sac glandulaires dont il détruit les éléments septiques. En effet aussitôt que le crayon est introduit, il est ramolli par les liquides intra utérins ; l'utérus, en se contractant sur le corps étranger, étale la substance ramollie sur toute la surface intra-utérine et fait pénétrer partie du sulfate de cuivre dans les culs-de-sac glandulaires. Le crayon maintenu dans la matrice a donc une double action, il est cathérétique de la muqueuse et modificateur des glandes utérines.

Avec le sulfate de cuivre la douleur, lorsqu'elle existe, est négligeable ; rarement, trois à quatre fois sur cent, l'application du crayon de sulfate de cuivre peut déterminer de la périmérite passagère, sans gravité ; dans aucun cas je n'ai observé d'atrésie ni de sténose du canal cervico-utérin. Grand nombre de malades revues à l'hôpital ou à leur domicile n'avaient point eu de rechute après plusieurs mois et chez toutes les règles étaient normales.

Si l'on remarque que l'emploi d'un seul crayon a été suffisant pour obtenir une guérison durable chez soixante sur cent et que dans ces cas la moyenne de durée du traitement de l'endométrite chronique par le sulfate de cuivre offre de grands avantages qui peuvent être ainsi résumés : facilité d'application, absence de toute complication, grave immédiate ou éloignée, courte durée du traitement et persistance de la guérison.

La conclusion pratique qui découle de cette communication est donc : commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

Revue Med. Chir. des maladies des femmes.

Le traitement des hémorrhagies internes par les applications chaudes.

(*New-york medical Journal*, 1^{er} novembre 1890, p. 488.)— Quand, dans un cas d'hémorrhagie *post partum*, les moyens communément usités n'aboutissent pas au résultat voulu, Fergusson conseille de recourir aux applications très chaudes, sur la région lombaire de la colonne vertébrale, de préférence sous la forme d'une éponge trempée dans de l'eau très chaude, qu'on applique ensuite sur la région susdite. Sous l'influence de ces applications excitantes, l'utérus ne tarde pas à se contracter, et l'hémorrhagie s'arrête.

Revue Med. Chir. des Mal. des femmes.

Arrêt de la sécrétion lactée par l'antipyrine.

M. Guibert vient de publier un travail sur l'arrêt de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine. Il résulte des observations de cet auteur que l'antipyrine rend de très réels services dans le cas où l'on veut supprimer la sécrétion lactée des nouvelles accouchées, et que cette médication est des plus inoffensives, à la condition que le filtre rénal soit intact et que la malade ne soit pas albuminurique.

Généralement, il suffit d'administrer 2 grammes d'antipyrine par jour, pendant deux jours pour que le résultat cherché soit obtenu.

Le médicament se donne en cachets de 25 centigrammes. La malade prend un de ces cachets toutes les deux heures, en ayant toutefois le soin de laisser un intervalle un peu plus long entre celui qui précède et celui qui suit les deux repas du jour. (*Arch. de Tocol.*)

PÆDIATRIE.

Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique.

(BENOIST)

L'oxymel scillitique n'est pas un spécifique de la coqueluche. Ce médicament rend cependant de grands services, en abrégant notablement la durée de la période spasmodique et en favorisant la sécrétion bronchique.

Il fait cesser les vomissements dans un délai qui ne dépasse pas trois jours et empêche la dénutrition qui en serait la conséquence.

Il diminue l'intensité des quintes et cela d'autant plus rapidement que l'enfant est plus vigoureux. Jusqu'à l'âge de deux ans, ses effets sont moins manifeste qu'à un âge plus avancé.

L'oxymel scillitique agit comme expectorant, il agit sur l'élément catarrhal et par suite sur l'élément spasmodique, car ces deux éléments sont en antagonisme.

Il importe que l'oxymel scillitique soit d'excellente qualité.

D'après L. Netter, il doit être administré quotidiennement et aussi longtemps que les quintes, quoique diminuées d'intensité et de fréquence, se produisent encore. Un seul jour d'interruption, et les quintes peuvent redevenir violentes, ce qui s'explique du reste par le rétablissement de la sécheresse de la muqueuse.

L'heure de l'administration de l'oxymel scillitique doit être choisie de manière qu'il n'y ait pas concomitamment dans l'estomac des aliments ou boissons. Voici la manière de procéder : l'enfant ayant reçu son goûter à 3 heures de l'après-midi, ne devra pas manger ou boire avant 7 heures du soir. Le remède est donné de 5 à 6 heures.

Chez les enfants en allaitement, on fait mettre dans la bouche 20.60 gouttes dans les vingt-quatre heures. L'enfant est mis au sein tous les deux heures et c'est à l'heure d'intervalle que plusieurs gouttes sont mises dans la bouche. En donnant l'oxymel à un moment très rapproché de la mise au sein, le lait se caillerait dans la bouche même.

Chez les enfants de 2 à 3 ans, on donne l'oxymel scillitique de 5 à 6 heures du soir, à la dose de 4 à 5 cuillerées à café, une toutes les dix minutes.

Audessus de trois ans, on donne 6 cuillerées à café. Chez l'adulte 7 à 8 cuillerées à café par jour prises dans le cours d'une heure suffisent.

(Thèse de Nancy.)

Traitement du coryza aigu

Le coryza aigu, le vulgaire rhume de cerveau, n'exige pas le plus souvent de traitement médicamenteux. Néanmoins, si l'on songe que l'inflammation de la pituitaire est souvent le prélude de celle du larynx de la trachée et des bronches, si l'on tient compte du malaise général, de la céphalalgie frontale (propagation aux sinus frontaux), de l'altération de la voix qui résulte de l'obstruction nasale, des complications auriculaires possibles, il peut n'être pas sans intérêt de savoir que l'on peut souvent, par une médication simple, employée dès le début, enrayer souvent et au moins atténuer les symptômes pénibles du coryza.

Chez les individus sujets aux coryzas répétés, il peut y avoir sous roche un *trouble de la nutrition générale* qu'il est nécessaire de *combattre tout d'abord*. Mais l'examen du nez est, dans tout les cas, indispensable, et il montre souvent que la cause de ces atteintes fréquentes de coryza est une *lésion locale*, servant de point d'appel et qui par suite doit être traitée tout d'abord.

L'on a conseillé (Hayem) les inhalations d'un mélange d'acide phénique et d'ammoniaque. Voici une formule souvent employée :

Acide phénique pur.....	5 gr
Ammoniaque liquide.....	5 gr
Eau.....	14 gr
Alcool.....	10 gr

On en verse quelques gouttes sur du papier buvard et on en respire les vapeurs pendant quelques secondes.

Ce moyen soulage, mais ne réussit pas toujours à arrêter l'évolution de l'inflammation.

Il ne faut pas compter beaucoup sur *l'atropine* qui a cependant été beaucoup vantée.

Les injections nasales sont inutiles au début, elles ne sont même pas sans inconvénients.

L'antipyrine peut être utile pour combattre la céphalalgie. Un des moyens qui nous ont le plus souvent réussi est le suivant :

Sous-nitrate de bismuth.....	6 gr
Benjoin pulvérisé.....	6 gr
Acide borique non pulvérisé.....	4 gr
Menthol.....	0, 20

Priser 5 ou 6 fois dans la journée, une pincée de ce mélange, après s'être mouché avec soin, de façon à ce que la poudre pénètre profondément et arrive au contact de la muqueuse enflammée. On peut y ajouter 0,01 à 0,05 de morphine et 1 gr. à 1 gr. 50 de calomel.

Le *camphre* échoue souvent, l'*ithyol* recommandé par Unna n'a pas encore fait ses preuves. Contre l'irritation de l'orifice des narines et la lèvre supérieure, la pommade suivante réussit très bien.

Sous-nitrate de bismuth.....	10 gr
Vaseline.....	10 gr