

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Deuxième Étude sur le Traitement de la Diphthérie.

DEUXIÈME RÉPONSE A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. H. PAQUET

PAR

le Docteur M. J. PALARDY, de St-Hugues.

La médecine est loin d'être une science positive. La pathologie interne sur tout, quant à l'histoire des maladies et à leur traitement, est basée, avec la connaissance de l'anatomie et de la physiologie, sur les observations cliniques. Chacun apporte sa part dans la construction de ce grand édifice de la science, et cherche la vérité à sa manière. Le jugement individuel fait ensuite son œuvre dans l'appréciation de l'expérience des autres, qu'il ajoute à la sienne propre, par des observations personnelles sur l'application des moyens mis à notre disposition dans l'art de guérir.

M. le Dr. A. H. PAQUET, professeur à l'École Canadienne de Montréal, a bien voulu, dans son journal, *La Gazette Médicale*, (no. d'août, 1887,) publier une réponse bienveillante à la critique que je m'étais permis de faire d'une clinique qu'il avait donnée en mai 1887, à l'Hôtel-Dieu de Montréal, sur la diphthérie et son traitement. J'avais particulièrement remarqué dans son article ses appréciations sur la cautérisation locale, qui pour moi, manquaient d'opportunité ou de libéralité; je le trouvais trop exclusif. Dans l'intérêt des observations cliniques, et sans croire le savant professeur coupable d'une *hérésie* médicale, j'exprimais une opinion contraire, qui a été publiée dans l'*UNION MÉDICALE*, no. de juillet 1887.

L'honorable Sénateur, dans son étude de mai 1887, condamnait cette pratique de la cautérisation, et la disait abandonnée par la plupart des médecins au fait du progrès médical. Mais il ne citait dans sa lecture, aucune autorité à l'appui de son opinion. Le savant professeur a réparé cette lacune dans la réponse qu'il vient de faire dans la *Gazette médicale*, no. d'août 1887.

Il cite cette fois plusieurs auteurs à l'appui de son avancé, pour établir, que la cautérisation dans la diphthérie est préjudiciable et doit être abandonnée.

Il va même jusqu'à dire " que la grande majorité des médecins de ce pays, ont été engagés à discontinuer les applications *cautérissantes* et irritantes, qui avaient été jusqu'ici en vogue, pour

“ s'en tenir à des mesures locales *adouçissantes* et *antiseptiques*. ” Cet avancé est-il bien exact, quant à la grande majorité des médecins ? Je serais heureux de faire un relevé des opinions des médecins du pays à ce sujet.

L'opinion d'un certain nombre de confrères voisins et d'ailleurs, que j'ai consultés dernièrement, est encore et a toujours été en faveur d'une cautérisation active dès le début. Sans être d'une grande importance, je mentionne ce fait, parceque je l'ai sous la main. D'ailleurs, monsieur le Sénateur lui-même cite dans son deuxième écrit, l'opinion d'un confrère voisin, favorable à sa médication “ *benzoïque* ! ”

Le meilleur moyen de prouver que la cautérisation ne vaut plus rien, ou doit être abandonnée, est de guérir plus facilement et plus sûrement avec d'autres méthodes.

C'est donc avec des statistiques que l'on parviendra à faire cette preuve. Celles que donne M. le professeur dans sa première lecture ne viennent pas à l'appui de ses prédilections en faveur de sa médication *émolliente*.

L'admission de 20 à 50 par cent de mortalité qu'il mentionne, ne paraît pas établir la supériorité de son traitement comme résultat. Sans doute, en médecine pratique, il ne faut pas être trop systématique ou exclusif, puisque rien de très positif ne nous guide dans l'application thérapeutique. Nous n'avons pas comme les avocats, la glorieuse incertitude de la loi, qui paie toujours quand même.

La plupart du temps ce sont des angoisses morales et des difficultés professionnelles qui nous arrivent, vu le manque d'effets d'une médication rationnelle. Sans être empirique, la valeur d'un traitement est justifiée souvent par le résultat, surtout lorsqu'il est raisonné et prédit. Que de modifications suivant l'âge, la force du tempérament et la gravité d'une maladie, dans la direction des moyens curatifs ! Le tout est laissé au jugement du praticien.

Dans l'ensemble des opinions émises depuis longtemps, à propos du traitement de l'angine couenneuse, on constate que les avis sont partagés sur la nature et la force de la médication à employer, mais dans le fond, tous paraissent être d'accord à dire qu'il faut agir *localement* et *constitutionnellement*.

Quant au traitement constitutionnel, on semble croire unanimement qu'il est le principal et le seul radical, étant d'opinion que l'affection est le résultat d'un empoisonnement général, causé par deux microbes ou germes du nom de “ *bacillus* ” et “ *coccus*. ” La septicémie qui en résulte, se manifeste par une exudation locale spécifique, sur la muqueuse de la bouche ou des fosses nasales.

L'affection locale se présentant souvent, avec un léger degré d'altération dans les tissus affectés, ne peut expliquer la fièvre élevée, la douleur intense et les autres symptômes cliniques qui prédominent dans une attaque de diphtérie, même avant que

l'exudation couenneuse ne soit complètement développée. Il n'est pas rationnel alors de croire, qu'une telle réunion de symptômes pathologiques soient dus à la présence de la faible inflammation locale observée. Si l'affection est locale dès le début, elle ne tarde pas à envahir le système, et vous avez affaire toujours, après quelques heures ou quelques jours, à une affection constitutionnelle. Le professeur Loomis dit : " Les faits cliniques indiquent que l'élément *infectieux* est présent dans les exhalaisons et dans les excréments, aussi bien qu'e dans l'exudation elle-même." *Practical Medicine*. 1884, folio 672.

On comprend encore mieux, l'importance d'un traitement radical ou constitutionnel.

La divergence d'opinions quant au traitement local interne, paraît venir de l'opportunité des moyens à employer sous forme de cautérisation, du choix des remèdes et du mode à suivre dans leur application ou de leur exclusion complète de la thérapeutique de cette maladie. Examinons un peu cette divergence d'opinions.

Dans l'hiver de 1858, j'étais encore dans les premières années de ma pratique, j'eus à traiter de la diphtérie trois jeunes filles adultes, trois sœurs, dans la même maison et en même temps. Je procédai par la méthode émolliente : cataplasmes, vapeur d'eau chaude, léger purgatif, sudorifiques, gargarismes aux sels alcalins, traitement tonique, vin, quinine, bouillon, etc. J'eus deux succès et je fus bien chagrin, car mes patientes étaient deux belles jeunes filles canadiennes-françaises et j'étais encore médecin célibataire. Ce fut un double malheur pour moi, car je tenais à les conserver toutes deux. Une seule était assez pour faire l'amour, mais pas assez pour faire une réputation. Dans onze cas qui suivirent quelques jours après, je changeai les *émollients* et les *adouçissants* pour le traitement irritant et astringent, qui fut la cautérisation au sesquichlorure de fer liquide, une à deux fois par jour, avec le traitement alcalin au chlorate de potasse, conjointement avec une alimentation stimulante et tonique. J'eus onze succès de suite.—Mes onze patients étaient en partie des voisins qui avaient contracté la maladie, dans le même *rang*, chez mes jeunes malades. A la campagne on se visite malgré la contagion, à laquelle on ne croit pas le plus souvent, car on dit : " C'est le bon Dieu qui envoie cela. Et entre voisins, il faut bien se soulager." Cette statistique heureuse qui venait de m'arriver après un insuccès déplorable, était de nature à ébranler mes préférences premières en faveur de la médication émolliente ou adoucissante, même appliquée chez de charmantes jeunes filles. Depuis lors, je me suis attaché au traitement local interne par la cautérisation, conjointement avec la médication constitutionnelle, modifiée à la demande des symptômes, et je n'ai eu qu'à me louer des heureux résultats obtenus.

La cautérisation appliquée directement est désagréable il est vrai, mais on a exagéré ses mauvais effets sur les tissus. Cette crainte est *à pleurer*, dit Trousseau. Vous avez un petit ulcère à la bouche, de nature aphteuse, vous y portez la pierre caustique, la guérison s'opère sous quelques heures, sans aucune extension ou mauvais effets sur les tissus sains,—on le sait, cet effet curatif est constant.

La teinture de fer dans la diphtérie comme dans l'érysipèle, augmente la contractilité vitale des vaisseaux sanguins, probablement par un effet tonique et stimulant sur les systèmes vasculaire et nerveux, et par là, prévient l'extension du *processus morbide*.

D'après un rapport du "*Lancet*," Etats-Unis, une commission sanitaire sur la diphtérie en 1859, dit : " De plusieurs remèdes des internes qui ont été mentionnés, nous n'en connaissons aucun dans lesquels on puisse placer autant de confiance que dans la teinture de sesquichlorure de fer en combinaison avec le chlorate de potasse." (1)

Dans l'érysipèle et la pustule maligne, qui sont des maladies identiques à la diphtérie dans leurs effets généraux et locaux, quels bienfaits ne retire-t-on pas des caustiques et des astringents?

Dans la pustule maligne surtout, la cautérisation est de rigueur malgré qu'elle ne puisse seule guérir la maladie. Mais en la combinant au traitement constitutionnel, tonique et stimulant, je n'ai jamais eu un seul insuccès dans l'anthrax malin.

D'après les statistiques que je possède et que j'ai recueillies dans le cours de ma pratique depuis 30 ans, je compte avoir traité 26 cas de pustule maligne.

J'applique dans cette dernière maladie les mêmes remèdes que j'administre dans la diphtérie, moins le caustique, qui est changé pour un ammonio-chlorure de cuivre et de chaux que je fais placer continuellement sur la partie inflammée, avec cataplasmes un peu stimulants tant que la ligne de démarcation de l'eschare n'est pas délimitée. Je passe ensuite à l'acide carbolique lorsque la suppuration est établie.

Voilà une digression au sujet de la pustule maligne que l'on voudra bien excuser, et attribuer à mon *amour du caustique*, ou accepter comme exemple d'une analogie.

Je reviens à la diphtérie; on me dira peut-être, que mon traitement n'est pas la médication nouvelle recommandée par les auteurs les plus récents. Qu'est-ce que cela fait? Le meilleur système n'est-il pas celui qui guérit?

La vieille médecine peut souvent être rajeunie par des observations nouvelles au moyen de la thérapeutique comparée, ou par des ajoutés. La base peut rester la même, mais la forme peut être

(1) *Medical Record*, New-York, 5 décembre, 1855.

changée et mise plus à la mode, car la mode s'introduit par tout.

Il y a des médecines à la mode, comme il y a aussi des docteurs à la mode. Ce n'est peut-être pas mieux pour tout cela, car *microbe par ici, microbe par là, les petits mangent les gros.* Dans le fond, quelle grande différence y a-t-il aujourd'hui entre l'ancienne et la nouvelle médecine à propos du traitement de la diphtérie.

La glace, la chaux, le benzoate de soude sous toutes ses formes avec tous les adjuvants émollients, recommandés par M. le professeur Paquet appuyé d'auteurs les plus nouveaux, n'est rien autre chose que le traitement alcalin et astringent des *vieux*, sous une autre forme, si tant est, que la médecine de Trousseau, qui est mort il y a peu d'années, est déjà vieille. La glace agit comme astringent à la façon de l'acide tannique, et du perchlore de fer à un degré moindre, il est vrai. Le benzoate de soude exerce son action comme stimulant ou désinfectant à la manière du chlorate de potasse, du phénate d'ammoniaque ou autres alcalins.

Quant à la chaux et à l'acide carbolique vaporisés, c'est tout de même, du *caustique* porté en atômes sur les tissus.

La différence est donc dans la forme et l'intensité du médicament. Agir localement par la vapeur caustique ou stimulante ou antiseptique, avec un vaporisateur ou par une solution, l'effet peut être plus prononcé dans un cas que dans l'autre, mais l'indication reste la même. C'est toujours porter localement une médication topique et irritante. D'ailleurs, dans les auteurs cités par M. le Dr. Paquet, on voit que l'on garde une certaine attache à la médication irritante, en forçant un peu la note, on pourrait dire *caustique*. Entre autres autorités citées par M. le Sénateur, M. le Dr. A. Brondel, un grand admirateur du traitement par le benzoate de soude, a le soin de diriger sur la gorge de son patient, une solution concentrée de benzoate de soude, au moyen d'un vaporisateur, toutes les demi-heures, jour et nuit, et cela pendant plusieurs jours. Je n'en demande pas tant pour réussir, au chlorate de potasse, à la teinture de fer muriaté, à la solution phéniquée, avec le pinceau ou vaporisateur. La chambre du malade doit être remplie, ajoutent les deux savants confrères, de vapeurs carboliques ou d'oxyde de calcium, etc.

Ces vapeurs caustiques ou irritantes, où passent-elles?—par le canal aérien sans doute; mais la gorge, les fosses nasales qui se trouvent sur le chemin, sont bien obligées d'en recueillir une certaine portion. N'est-ce pas là une cautérisation "mitigée" ou "déguisée"?

L'art de guérir ne consiste pas à jouer sur les mots.

Je voyais dernièrement un médecin distingué des Etats-Unis, me dire employer les inhalations au bichlorure de mercure,

comme le plus puissant *microbicide* dans la diphtérie. Je le crois bien ; cependant, il abhorrait la cautérisation au pinceau avec une solution à l'acide carbolique ou autre. Après avoir méprisé le mercure, on commence à lui faire les yeux doux. On ne veut pas de la cautérisation d'une façon, mais on l'accepte de l'autre. C'est une simple contradiction.

Oh ! le mercure ! un de nos puissants remèdes, et un grand moyen curatif ; cependant, que n'a-t-on pas dit contre lui ?

Cela n'empêche pas qu'il est le *microbicide* par excellence dans la syphilis. J'ai été bien surpris de voir dans le *Medical Record* de New-York, décembre 1885, que le mercure est donné à doses énormes même dans la diphtérie ; on le vante surtout comme *anti-ferment*, ou *germicide du coccus*. Hélas ! Quelle misérable chose que d'être *coccus* ! surtout si on est obligé de s'empoisonner par le mercure ! En face de pareilles incertitudes ou contradictions médicales, je dirai comme un vieil américain de nos endroits appartenant à la religion réformée, qui discutait à sa mort sur la vie future. " Nous sommes tous de la même religion, dans le fondement, je m'en vais dans le sein du Père Éternel."

En médecine, il n'y a pas qu'une seule vraie religion. On peut se sauver de bien des manières, ou mourir de la belle façon avec ce fouillis de traitements contradictoires, qui est loin d'être glorieux pour les nombreux fils du Divin Esculape.

Quant à croire que le traitement par le caustique dans la diphtérie a été adopté, d'après l'idée erronée que les moyens locaux pouvaient juguler la maladie constitutionnelle, Trousseau et les autres en faveur de la cautérisation, n'ont jamais oublié que le traitement radical, était le traitement constitutionnel, et le seul sur lequel nous devons le plus compter pour le succès. Trousseau, un des plus grands cliniciens français de notre temps, a dû se baser sur des observations cliniques bien motivées pour dire " que la médication topique dans la diphtérie était la " médication par excellence." (1)

Il y a d'autres autorités que je pourrais citer en cherchant un peu. Elles sont nombreuses, importantes et connues. Dans le *Medical Record* de New-York, années 1885 et 1886, que je consulte dans le moment, je vois un bon nombre de médecins américains, recommandant la cautérisation dans la diphtérie.

Le traitement général peut seul suffire à guérir l'angine couenneuse. Je ne puis en dire autant du traitement local interne, malgré qu'il soit d'un grand secours au premier, lorsque la cautérisation est faite au début, soit directement ou sous forme de vapeur. Chez les enfants, je suis prêt à admettre que la forme atomisée du remède, directement quand la chose est possible, ou en saturant l'air ambiant, est la plus agréable, la plus commode

(1) Clinique médicale de l'Hotel Dieu de Paris. Edit. 1882, vol. 1, page 532.

pour le patient et le médecin, la seule qui puisse être employée surtout chez les sujets très jeunes.

Enfin de compte, sans parti pris, quand on examine les vieux remèdes et les nouvelles applications au point de vue de leur résultat curatif, on en vient à la conclusion, qu'il n'existe pas encore de spécifiques pour guérir la diphtérie. La principale indication est l'élimination du poison. Et le meilleur moyen est de contrecarrer ses effets sur le sang et le système en général. Pour cela il faut conserver et supporter les forces, maintenir la nutrition, soutenir le cœur, et mettre en activité toutes les forces vitales latentes, en se servant de tous les émonctoires de l'économie. Sans aucun doute les muqueuses de la gorge, des passages aériens qui reçoivent les premières manifestations visibles du principe septique, doivent être mises à contribution; de même les intestins, les reins, la peau; chacun de ces organes peut faire sa part dans le travail éliminatoire. Avec cela, réduire l'extension du processus morbide local, et prévenir les complications. Comme l'on voit, l'action réparatrice est multiple. Il est évident, qu'un remède ne peut seul rencontrer toutes les indications de guérison. Tout dépend entièrement de la combinaison judicieuse et suivie de moyens divers adoptés avec discernement aux cas particuliers.

Ainsi donc, il est vrai de dire : "*Tempus brevis, ars longa.*"

L'observation est de tous les jours et appartient à tout le monde; chacun apporte sa pierre à l'édifice. Sans avoir la prétention d'avoir tout vu, ou ayant le malheur peut-être de ne pas avoir assez vu, comme semble l'insinuer mon savant contradicteur, je veux au moins, sans faiblesse, me laisser guider s'il y a lieu, par mon Hon. Professeur, tout en défendant une opinion que je crois basée sur une faible expérience personnelle il est vrai, mais aussi sur l'expérience d'un bon nombre de confrères respectables du pays et d'ailleurs, et aussi d'auteurs classiques de premier rang. Il s'agira de prouver par des statistiques cliniques, que tel traitement opère mieux que tel autre. M. le Professeur n'a pas fourni cette preuve si j'en juge par les statistiques qu'il a données dans sa première lecture. Son dernier écrit est encore mieux fait que le premier, je l'en félicite, en le remerciant bien respectueusement de sa bienveillance et de sa courtoisie à mon égard dans cette discussion. C'est ce qui m'a encouragé à revenir.

L'importance de mon sujet et de mon contradicteur m'a fait écrire un peu longuement, je m'en aperçois. Ainsi donc, je m'arrête. Quand dirons-nous *Eureka*?—Notre but à tous deux est louable; nous cherchons la vérité.

St-Hugues, 10 septembre 1887.

P. S.—Après avoir envoyé cette étude aux journaux, je me suis aperçu qu'une citation que je faisais comme appartenant au

Dr. Paquet, n'est pas de lui, mais du Dr. Flint: "à propos de la majorité des médecins de ce pays, comme opposés aux *caustics* et aux *irritants*."

M. Flint parlait de son pays. M. le Dr. Paquet il est vrai, ne fait pas allusion cette fois aux médecins du Canada, mais il les comprenait dans sa première clinique lorsqu'il dit sans autre exception que celle-ci: "*que cette pratique n'a plus, que de rares adeptes.*"

Cette réflexion de sa part, peut me permettre d'exprimer mes doutes, quant à la majorité des médecins du pays en faveur de sa méthode.

Dans tous les cas, cette citation irrégulière de ma part, ne porte nullement atteinte au fond des idées exprimées par M. le Dr. Paquet ou par moi dans nos écrits.

St. Hugues, 15 sept. 1887.

L'adénopathie axillaire au cours de la tuberculose du poumon.—M. le Dr. Sanchez TOLEDO a consacré sa thèse inaugurale à cette question absolument nouvelle sur laquelle M. le professeur Grancher avait appelé l'attention dans une clinique l'hiver dernier.

La petite fille qui a été le point de départ de cette étude, ayant eu une pleurésie, entra plus tard à l'hôpital avec des lésions tuberculeuses des poumons et une tumeur ganglionnaire volumineuse de l'aisselle droite; on trouvait également au niveau de la région sus-claviculaire et de la région sous-maxillaire du même côté, des ganglions hypertrophiés.—M. Grancher rapprocha de ce fait deux autres cas où la coexistence de lésions tuberculeuses du poumon et d'adénopathies axillaires avait été signalée et montra combien il était naturel de voir une relation de cause à effet entre la lésion pulmonaire et la lésion ganglionnaire.

Ainsi, les pneumopathies tuberculeuses peuvent infecter les ganglions de l'aisselle par l'intermédiaire de la plèvre, soit par le trajet direct des lymphatiques qui se rendent à l'aisselle en traversant la paroi thoracique, soit par l'intermédiaire des ganglions sus-claviculaires. Cette marche n'avait pas été signalée jusqu'ici; elle a pourtant une certaine importance dans quelques cas au point de vue du diagnostic et du pronostic: la tumeur ganglionnaire pourrait appeler l'attention sur la pneumopathie encore latente, et l'existence de celle-ci devrait détourner le chirurgien d'opérer l'ablation de la tumeur ganglionnaire, s'il était tenté de le faire, comme on enlève certaines tuberculoses locales pour prévenir l'infection générale. Aussi M. Grancher terminait-il la clinique à laquelle nous faisons allusion par le conseil suivant: *Do rénavant, toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'un phthisique, ne négligez pas d'explorer l'aisselle.—Toutes les fois que vous vous trouverez en présence d'une tumeur de l'aisselle, ne négligez pas d'ausculter le poumon.—Concours médical.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

Neuvième Congrès International de Médecine et de Chirurgie tenu les 5, 6, 7, 8, 9 et 10 Septembre 1887, à Washington, D. C.

D'après les épreuves dues à l'obligeance du MEDICAL RECORD, de New-York

Près de 3,000 médecins et chirurgiens, venus de tous les pays du monde, se sont réunis à Washington pour prendre part au neuvième Congrès International de Médecine et de Chirurgie.

Il serait difficile d'en donner une liste complète; l'on y a remarqué toutefois les noms de centaines de médecins distingués: les professeurs Léon Lefort et Charpentier de Paris, Gusserow et Mendel, de Berlin; Rokitansky, de Vienne; Hitzig, de Halle; Müller et Kocher, de Berne; Homen, d'Elsnigfers; Kische, de Prague; Rutherford, d'Edimbourg; Coccherelli, de Parme; Domenico, de Florence; Durante, de Rome; Semmola, de Naples; Brodeur, Brosseau, Ilingson, Foucher et McCallum, de Montréal; les docteurs Landolt, Galezowski, Abadie, Baratoux, Récamier, Doléris et Apostoli, de Paris; Eulenberg, de Berlin; Ehrendorfer Felsenreich, Made et Schmittler, de Vienne; Mooren, de Dusseldorf; Unna, de Hambourg; Vogel, de Munich; Metger, d'Amsterdam; Strube, de Brême; Lombard et Cordès, de Genève; Dumont, de Berne; Gervais, d'Anvers, Struchens, de Bruxelles; Pouzet, de Cannes; Benton, Cross, J. C. Fox et Grailey Hewitt, de Londres; McCall, Anderson, de Glasgow; Rossi, de Rome; Coni, de Buenos-Ayres; Grant, Bey, du Caire; Wallan, Jamieson et Keith, d'Edimbourg; Moore, Madden, de Dublin; Meneorre, de Rio de Janeiro; Megallias, d'Oporto, Reyher, de St. Pétersbourg; Duquet, de Montréal, etc. etc., outre, un nombre incalculable de médecins et professeurs des Etats-Unis.

Le Congrès a été donné en sections dont voici la liste: médecine, chirurgie, chirurgie et médecine militaires, obstétrique, gynécologie, thérapeutique et matière médicale, anatomie, physiologie, pathologie, maladies des enfants, ophthalmologie, laryngologie, dermatologie et syphilis, hygiène, climatologie, médecine, physiologie et maladies nerveuses, chirurgie dentaire et otologie.

Le 5 septembre, le Congrès a été inauguré par le Président des Etats-Unis, Mr. Grover Cleveland.

Longtemps avant onze heures, la vaste salle du théâtre d'Albany regorgeait de monde. Grand nombre de dames avaient tenu à honorer de leur présence une solennité aussi importante. A onze heures juste, le Président, accompagné du chef du Cabinet Mr. Bayard, et du Président de la Chambre, Mr. Carlisle, monta sur l'estrade. Dès que les applaudissements chaleureux qui accompagnèrent son entrée se furent calmés, il se leva, et en quelques paroles très simples, annonça l'ouverture du Congrès.

L'on passa ensuite à l'élection des divers officiers : le docteur Nathan Smith Davis, de Chicago, fut élu président ; le docteur John B. Hamilton, inspecteur général du service hospitalier de la marine marchande des Etats-Unis, secrétaire-général ; les docteurs Atkinson, Harrison et Bangs secrétaires-adjoints ; le docteur E. S. J. Arnold, trésorier, etc., etc.

Après la lecture du programme des fêtes qui doivent se tenir à l'occasion du Congrès, Mr. Bayard prit la parole. Il souhaita la bienvenue aux représentants des nations étrangères dans un discours élégant et sincère, leur rappelant que le peuple américain, tout absorbé qu'il est par cette activité politique et commerciale qui lui donne son cachet, sait apprécier la valeur des hommes qui ont bien voulu consacrer leur vie à l'étude d'une science qui leur donne le pouvoir de soulager les souffrances d'autrui, et que ce peuple est fier de leur offrir l'hospitalité.

M. le professeur Le Fort répondit au nom de ses collègues français, M. l'inspecteur général Wm. Harris Lloyd, au nom de la Grande-Bretagne, M. le docteur P. G. Unna, au nom de l'Allemagne, M. le sénateur M. Semmola ; au nom de l'Italie et M. le docteur Charles Reyher, au nom de la Russie.

Puis, M. le président Davis prononça son discours d'inauguration. Après avoir fait, en termes émus, l'éloge du professeur Austin Flint, mort l'année dernière, il démontre, dans une argumentation serrée, les nombreux avantages qui proviennent d'associations et de congrès scientifiques.

Ensuite, la séance générale ayant été levée, les sections s'assemblèrent dans leurs locaux respectifs.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Président : le docteur S. R. Robinson, de New-York.

Secrétaire : le docteur W. S. Sotthel, de New-York.

Séance du 5 septembre.

Le président, dans son discours d'ouverture, exprime les regrets que lui cause l'insuffisance de l'enseignement dermatologique aux Etats-Unis, où il n'existe, à vrai dire, aucune école de maladies de la peau.

Le travail original que produisent les Etats-Unis dans cette branche est extrêmement restreint.

Le docteur William Welch, de Philadelphie, fait une communication sur " La vaccination pendant la période d'incubation de la variole. "

Pratiquée à cette période de la maladie, la vaccination lui a donné des résultats forts satisfaisants ; la vaccine ne commence à agir que lorsque l'aréole est formée autour des vésicules. Il n'approuve point l'emploi du vaccin animal.

Le docteur Rogers Parker dit que dans les grandes villes d'Angleterre l'on se sert de vaccin humain.

Les docteurs Cundell Juler, Gottheil, Keller, Yeamans et Lathrop prennent part à la discussion.

" Alimentation rectale dans les maladies de la peau, " par le docteur J. V. Shoemaker, de Philadelphie.

Dans les affections de la peau situées autour de la bouche, ou causées par des désordres du tube digestif, cette méthode rend d'immenses services. L'administration de médicaments par le rectum est souvent indiquée : préparations mercurielles dans les syphilides, huile de ricin et glycérine dans l'urticaire, arsenic et antimoine dans le psoriasis, etc.

Les docteurs H. G. Unna, de Hambourg, et Klotz, s'accordent avec l'auteur.

Le docteur H. Klotz, de New-York, fait une communication sur " L'ulcère résultant de la gangrène spontanée de la peau, dans la syphilis tardive et sa relation avec la syphilis. "

Son apparition est due souvent à une artérite oblitérante; il diffère alors absolument de la gomme syphilitique suppurée.

SECTION DE MÉDECINE.

Président : le docteur A. B. Arnold, de Baltimore.

Secrétaires : les docteurs W. T. Waugh, de Philadelphie, et J. W. Chambers, de Baltimore.

Séance du 5 septembre.

Le président dans son discours sur " La pratique de la médecine de nos jours, " remarque à quelle précision est arrivé le diagnostic médical, et rappelle les résultats merveilleux qu'à donnés l'expérimentation en pharmacologie. Pourtant, il condamne toute médication non raisonnée et recommande de ne pas oublier les mesures hygiéniques, qui, à elles seules, constituent souvent des agents curatifs. La thérapeutique a dû céder le pas à la pathologie, la chirurgie moderne a étendue son domaine aux dépens de la médecine, et toutefois le traitement symptomatique des maladies conserve encore sa valeur. Ce que nous devons rechercher,

c'est la méthode suivant laquelle la nature exerce son influence curative; nous pourrions alors essayer de l'imiter.

Le docteur Ignacio Alvarado, du Mexique, fait une communication sur "La pathogénie de la fièvre jaune." Il attribue la maladie à la présence d'un microbe, qui donnerait naissance à du phosphate acide de soude ou à de l'acide phospho glycérique.

Le professeur Walter B. Geike, de Toronto, lit un article sur "La pneumonie au Canada." Il s'ensuit une discussion fort animée à laquelle prennent part les professeurs Ouchterlony et Scott, et les docteurs Didama, Lester et Stewart.

SECTION DE CHIRURGIE.

Président : W. J. Briggs.

Secrétaire : A. H. Wilson et D. P. Allen.

Séance du 5 septembre.

Le président ouvre la séance en souhaitant une cordiale bienvenue aux étrangers.

La chirurgie scientifique, dit-il, est en pleine activité et elle avance à pas de géant. Il compare le passé, quand la chirurgie craignait avant tout, d'ouvrir la cavité péritonéale; à présent, quand, grâce à l'antisepsie, elle opère avec hardiesse et avec succès.

Le docteur C. J. Parkes, de Chicago, lit un article intitulé: "Contribution à l'étude des plaies de l'intestin par les armes à feu." Avant 1835, il n'a pu trouver que cinq observations de recherche de plaies de l'intestin, dans le but d'y remédier par une intervention méthodique. Depuis lors, il existe trente-six observations avec neuf guérisons. L'expérience seule pourra donner les indications exactes qui justifient de l'opération. Il faut prendre en considération le volume et la forme de la balle, la distance qu'a parcourue le projectile et la nature de l'arme. Lorsqu'il existe une plaie d'entrée et une plaie de sortie, l'on peut juger approximativement quels sont les organes blessés; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intestinales qui a souffert? Lorsque le diaphragme est lésé, on ne peut guère conserver d'espoir.

L'auteur énumère ensuite les symptômes qui permettent de porter le diagnostic de perforation intestinale.

Lorsqu'il existe une tuméfaction localisée de la paroi abdominale, elle est causée, en général, par une hémorrhagie intrapariétale, et la cavité abdominale n'est pas ouverte. Des vomissements prolongés constituent un symptôme plus grave que le choc et la température.

L'examen anatomique a démontré maintes fois, qu'une opération simple aurait sauvé la vie du patient.

La néphrotomie doit se faire lorsque le rein est blessé, la splénotomie, lorsque la rate est atteinte. L'auteur recommande l'incision exploratrice médiane et l'emploi de la suture continue au fil de soie.

"Contribution à la chirurgie expérimentale de l'intestin" par le docteur N. Senn. L'auteur préfère la suture des anses intestinales à leur résection.

1^o Obstruction intestinale artificielle.—L'entérectomie partielle et la suture longitudinale de la plaie, constituent une source de danger lorsqu'elles réduisent de moitié le calibre de l'intestin et lorsqu'elles sont suivies de gangrène, occasionnée par la destruction de l'alimentation artérielle.

2^o La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la suture longitudinale; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires.

3^o Le volvulus est encore une cause d'obstruction.

4^e L'invagination est rarement susceptible de réduction spontanée. L'emploi d'injections de grandes quantités d'eau dans le colon et le rectum doit être pratiqué avec soin, pour éviter les lacérations péritonéales que produit la distension excessive de ces organes.

L'entérectomie, lorsqu'elle entraîne la résection d'une longueur de trois à cinq pieds d'intestin, est fatale chez le chien, soit à cause de traumatisme, soit à cause de troubles ultérieurs de la digestion.

L'exclusion physiologique d'une portion de l'intestin ne donne pas lieu à des désordres aussi graves que la résection. Elle est suivie d'atrophie de cette partie de l'intestin; il ne s'y produit pas d'accumulation fécale.

L'entérorraphie circulaire.—Une modification de la suture de Jobert, qui consiste à entourer la partie invaginée d'un anneau de caoutchouc mince et flexible, et à substituer le catgut à la soie, est préférable aux sutures de Czerny et Lembert. On doit, en outre, greffer l'épiploon sur la ligne de suture; le danger de perforation est diminué par ce procédé. Il convient d'assurer la continuité de la surface péritonéale, là, où le mésentère est détaché, en suturant le péritoine avant de pratiquer la réunion de l'intestin.

Anastomose intestinale.—Une opération par laquelle on obtiendrait une communication entre l'intestin situé au-dessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous, est préférable à l'entérotomie et à la résection, dans les cas où il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les modifications pathologiques qui lui donnent naissance ne mettent point en danger la vie du patient.

La gastro-entérotomie et la jéuno-iléotomie doivent se pratiquer par approximation à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le coecum, ou le

colon, on peut substituer à cette dernière opération, l'implantation de l'iléum dans le colon ou dans le rectum. Cela est vrai surtout dans les invaginations iléo-coécales irréductibles, lorsqu'il n'existe ni gangrène, ni perforation. Dans le cas contraire, la partie invaginée doit être reséquée.

Lorsque les deux extrémités de l'intestin ne sont pas du même calibre, la continuité doit être rétablie au moyen de plaques d'approximation perforées. Dans les cas de plaies multiples par armes à feu, situées sur le côté ou sur la convexité de l'intestin, les plaques sont préférables à la suture.

Expériences d'adhésion.—La réunion définitive d'une plaie intestinale n'est complète qu'après la formation d'un réseau de vaisseaux nouveaux sur les surfaces sereuses qu'on a rapprochées. Elle peut se produire dans l'espace de six à douze heures.

La scarification du péritoine au siège des surfaces d'approximation, aide à la formation d'adhérences curatives. Les greffes épiploïques, larges de deux pouces et assez longues pour entourer l'intestin, lui sont adhérentes en douze ou dix-huit heures. Ce temps de l'opération ne devrait jamais être négligé dans la résection circulaire ou dans la suture de grandes plaies intestinales.

Le docteur Senn présenta alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Président : le docteur Henry O. Marcy, de Boston.

Secrétaires : les docteurs Georges Apostoli, de Paris ; Ernest W. Cushing, de Boston ; Horatio R. Bigelow, de Washington, et Carl Pawleck, de Vienne.

Séance du 5 septembre.

Après avoir souhaité la bienvenue aux hôtes étrangers, le docteur Marcy parle de Marion Sims, à la fois avec orgueil et avec chagrin. C'est lui qui a fait mériter aux États-Unis le titre de berceau de la gynécologie. "Si la mort n'était point venue l'enlever à la force de l'âge, sa parole éloquente aurait remplacé mon modeste discours. Puissions-nous dans nos transactions imiter sa droiture d'esprit à la recherche de la vérité."

Le docteur Nathan Bozeman, de New York, fait une communication sur "Le drainage artificiel simultané de la vessie, des reins et de l'utérus par le vagin, avec ou sans pression graduée."

Il décrit un instrument par lequel il sépare parfaitement la membrane utérine de la muqueuse, et qui accomplit en même temps le drainage. Il termine par les conclusions suivantes :

1^o On n'accorde pas assez d'importance au temps final de l'opération de la fistule ; il en constitue la principale difficulté.

2^o L'occlusion de l'orifice de l'utérus et l'incision du col dans la vessie et le rectum sont de mauvaises opérations, entraînant l'abolition des fonctions génératrices et donnant lieu à la cystite.

3^o Une grande amélioration consiste dans le drainage combiné à la dilatation du vagin ; il remédie aux inconvénients de l'incontinence d'urine et il aide à la cicatrisation des incisions.

4^o Dans les fistules incurables, nous pourrions atténuer les souffrances qu'entraîne l'incontinence d'urine, par le drainage.

5^o La colpo-cystotomie pratiquée dans les cas de cystite n'est plus contre-indiquée, grâce à ce système de drainage.

6^o Je crois que l'opération que j'ai nommée colpo-uréthrocystotomie, suivie de l'examen des urètres et du bassin, et de leur traitement lorsqu'ils sont malades, a devant elle, un brillant avenir. Elle pourra se pratiquer dans les pyélites, les calculs des reins et l'obstruction des urètres.

Les docteurs Grailey Hewitt, de Londres, et Hueston, de Philadelphie concourent dans les vues de l'auteur.

Le docteur Horatio R. Bigelow, de Washington, lit un mémoire intitulé : "Gynécologie conservatrice." Il remarque que les opérations sont souvent pratiquées sans nécessité et que l'on peut maintes fois, guérir les tumeurs de l'utérus et les maladies inflammatoires des trompes et des ovaires, sans l'aide du bistouri. Il condamne l'œophorectomie pratiquée pour l'hystérie. Il termine en insistant que la chirurgie abdominale ne doit être pratiquée que par des hommes compétents.

Le docteur W. W. Potter, de Buffalo, fait une communication sur "L'emploi du tampon vaginal dans l'inflammation pelvienne."

Il est d'avis que beaucoup des maladies des annexes de l'utérus, traitées méthodiquement à leur début, pourraient guérir sans opération et que pour obtenir ce résultat, le tamponnement régulier, prolongé et systématique du vagin, constitue l'agent le plus sûr ; mais il faut que le tamponnement soit fait avec soin ; et dans les cas de déplacement des organes du bassin, il doit se pratiquer dans la position génupectorale.

Dans les déplacements de l'utérus en arrière, le doigt seul doit servir à repiacer l'organe. L'on introduira ensuite le tampon multiple. Le même traitement s'applique au prolapsus et aux inflammations des ovaires. Le tamponnement constitue, dans les érosions et les ulcérations du col, dans l'hypertrophie de la matrice, dans le cystocèle, dans le rectocèle, etc., un mode de traitement soit préparatoire, soit curatif. Il en est de même dans les inflammations pelviennes, qu'elles soient d'origine péritonéale, cellulaire ou tubulaire.

Le docteur J. E. Burten, de Liverpool, lit un essai intitulé : "A quelle époque de la grossesse tubaire devons-nous opérer ?"

L'opération n'est pas un succès au point de vue thérapeutique ; même les cas favorables ne guérissent qu'au bout de douze mois. Elle est indiquée dans les conditions suivantes :

1^o Fibro-myome à croissance rapide, compliqué d'hémorragies.

2^o Pyo-salpinx avec péritonite.

3^o Ovarite chronique avec douleur localisée.

4^o Paramétrite.

5^o Dégénérescence kystique des ovaires avec douleur.

6^o Dans les névroses d'origine distinctement ovarienne qui ont résisté des années à tout traitement.

L'opération ne doit jamais se faire dans l'hématocèle des trompes, dans l'hémato salpingite et dans la gestation ectopique.

La laparotomie et le drainage peuvent être indiqués, mais l'ablation des organes, jamais.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Président : Le docteur DeLaskie Miller, de Chic. 30.

Secrétaires : Les docteurs W. W. Jaggard, de Chicago ; Joseph Kucher, de New-York ; et J. Williams, de Londres.

Séance du 5 septembre.

Le docteur Miller fait un élégant discours dans lequel il souhaite la bienvenue à ses confrères de l'étranger.

La tâche du médecin est souvent ingrate ; la recherche de la vérité est entourée de difficultés, mais nous ne devons pas nous laisser décourager, même en présence de questions importantes, qui sont encore aujourd'hui aussi loin d'être décidées qu'elles ne l'étaient au siècle passé.

Le président parle ensuite des difficultés qui se rencontrent dans la pratique de l'obstétrique ; il espère que la craniotomie dans les bassins étroits sera exceptionnellement pratiquée, car la mortalité maternelle est beaucoup plus grande qu'on ne le croit.

Pour le traitement de la gestation ectopique, nous avons besoin de règles plus précises. Le diagnostic doit être fait au début ; à cette époque l'électricité peut rendre de grands services. La propreté constitue le meilleur agent d'asepsie dans l'état puerpéral.

Après avoir fait l'historique de l'obstétrique aux Etats-Unis, il mentionne, en terminant, les noms des hommes distingués, morts dans l'année qui vient de s'écouler : McClintock, Meadows et Schröder.

On passe à la lecture d'un essai envoyé d'Angleterre par le docteur J. Braxton Hicks, intitulé : " Des contractions de l'utérus pendant la durée entière de la grossesse, soit normale, soit compliquée. "

Il y a déjà quinze ans que l'auteur a fait remarquer que l'utérus se contractait pendant la durée entière de la grossesse, à des intervalles variant de cinq à vingt minutes. Depuis lors, il a fait de nombreuses recherches.

Avant le quatrième mois, la contraction se remarque à l'aide du toucher bimanuel. Après cette époque, l'examen externe suffit. L'utérus gravide n'offre pas de résistance au toucher, sauf pendant sa contraction. Souvent chez une jeune fille, l'examen de l'abdomen suffit à faire porter un diagnostic sans l'aide du toucher vaginal.

Il conclut :

1^o Que l'utérus se contracte à des intervalles de cinq à vingt minutes pendant la durée entière de la grossesse ; il reste en contraction de trois à cinq minutes.

2^o Que l'utérus, pendant la contraction, est si rigide qu'il est difficile d'obtenir la délimitation du fœtus, quoique cela soit facile pendant les intervalles.

3^o L'existence des contractions nous permet souvent de porter le diagnostic différentiel entre la grossesse normale et d'autres conditions.

4^o Les contractions, au point de vue physiologique, ont pour fonction de vider les veines utérines du sang carbonisé qu'elles contiennent.

5^o C'est, du reste, ce sang qui constitue l'agent excitateur des contractions.

Le professeur Alexandre Simpson, d'Édimbourg, dit que la contraction utérine pendant la grossesse est un fait accepté de tous, et qu'elle aide souvent à faire un diagnostic dans des cas difficiles.

Le docteur A. F. A. King, de Washington, trouve que c'est un signe souvent difficile à reconnaître et qui a de la valeur surtout après le troisième mois.

Le professeur Charpentier, de Paris, apprécie la valeur très réelle de ce signe, et raconte l'observation d'un cas d'hydramnios, où sa présence permit de faire le diagnostic.

Le docteur Duncan C. MacCallum, de Montréal, fait une communication sur " Les hémorrhagies supplémentaires. "

Après avoir fait un résumé de leur bibliographie, il cite quatre observations personnelles ; dans deux d'entre elles, des vomissements de sang se déclarèrent au lieu des menstrues, dans la troisième, de l'épistaxis, et dans la dernière, une abondante hémoptysie.

Le docteur C. J. Parks, de Chicago, cite un cas d'hémorrhagie supplémentaire stomacale.

Les docteurs Opie, de Baltimore ; Nelson, de Chicago, et Rodney Glesan, de Portland, prennent part à la discussion.

Le professeur F. Lazarewitch, de Saint-Petersbourg, lit un article intitulé : " Le mécanisme du travail et le forceps normal. " Il a fait construire un forceps à branches droites et parallèles.

1^o Le forceps doit être considéré comme un simple appendice des mains.

2^o Plus les cuillères sont petites, plus il est facile de les introduire.

3^o Le risque de traumatisme augmente avec la dimension de la cuillère.

4^o Les bords convexes ne doivent être ni trop minces ni trop épais.

5^o L'instrument doit s'articuler facilement, en permettant une légère rotation longitudinale aux branches.

6^o Les branches doivent être parallèles.

7^o Les manches doivent être construits pour faciliter l'introduction.

8^o Le forceps doit être fabriqué de métal poli, afin de pouvoir le rendre facilement aseptique.

9^o Il est inutile et même nuisible, de donner à l'instrument une courbe pelvienne.

10^o Le forceps parallèle, qu'il nomme forceps normal, remplit toutes ces conditions.

Le docteur W. C. Stewart, de Philadelphie présente un "Forceps à branches parallèles."

Le docteur Opie fait remarquer que la valeur de l'instrument dépend grandement de l'habileté de celui qui le manie.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE.

Président: Le docteur Traill Green, d'Easton.

Secrétaires: Les docteurs Frank Woodbury, de Philadelphie; A. S. Gubb, de Londres; L. Lewin, de Berlin; et Dronke, de Berlin.

Séance du 5 septembre.

Le président donne un aperçu historique du développement de l'étude de la thérapeutique et de la matière médicale.

Le docteur J. M. Carter, de Waukegan, présente un essai intitulé: "Résumé de la botanique médicale aux Etats-Unis."

Les docteurs Coghill, Phillips, William Marrell et Frank Woodbury énumèrent les bons résultats qu'ils ont obtenus de l'emploi de certaines plantes indigènes.

Le docteur F. E. Stewart, de Wilmington, fait une communication sur: "L'investigation des matières médicales du monde, par le gouvernement des Etats-Unis."

Il veut que le gouvernement se charge de surveiller l'introduction de médicaments nouveaux et qu'il empêche les fabricants de ces médicaments d'en demander des prix exorbitants.

Plusieurs des membres de la section partagent les vues du docteur Stewart.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

Président : J. Lewis Smith, de New York.

Secrétaires : Les docteurs J. N. Love, de Saint-Louis; Henry Coggeshall, de Mount Vernon; Dillon Brown, de New York, et Lucien Darvansville, de New York.

Séance du 5 septembre.

Le président trouve qu'il y a lieu de se féliciter du grand nombre de communications d'un intérêt tout pratique qui vont être présentées à la section.

Le docteur Jules Simon, de Paris, lit un essai sur "Une forme d'irritation cérébrale chez les enfants."

Elle ne résulte point de lésions organiques, elle n'est pas d'origine héréditaire ou syphilitique, mais elle est due à la manière déplorable dont on élève les enfants. Leur sommeil est souvent interrompu, ils sont sous le coup d'excitations constantes qui finissent par produire des vomissements et des convulsions.

Vers l'âge de cinq ans ou ils guérissent ou ils succombent à la sclérose cérébrale, l'épilepsie ou la méningite. Le médecin doit interdire toute cause d'excitation. La campagne ou le bord de la mer doit être préféré comme lieu d'habitation.

M. de Saint-Germain n'a pu se rendre au Congrès, et envoie une courte note dans laquelle il propose de substituer l'igni-pointure des amygdales, à la tonsillotomie et la dilatation du prépuce, à la circoncision.

Dans le premier cas, il opère au thermo-cautère, pénétrant assez profondément dans l'amygdale. Il renouvelle l'application trois ou quatre fois à des intervalles d'une semaine. Dans le second cas, il se sert d'un dilateur à deux lames; il l'introduit dans le prépuce qu'il dilate tout simplement et dont il sépare les adhérences au moyen d'une sonde cannelée.

Le docteur Lewis A. Sayre, de New York, fait une communication sur : "Les conséquences nuisibles du prépuce étroit et des adhérences préputiales."

On admet en général, de nos jours, que la pression du prépuce sur le gland peut donner lieu à des phénomènes de paralysie et à d'autres accidents nerveux. Le seul mode de traitement consiste à faire disparaître la constriction et à permettre au prépuce de glisser facilement sur le gland.

Dans certains cas, pour obtenir ce résultat, on est obligé d'avoir recours à la circoncision ou à l'ablation d'une portion du prépuce et l'on peut détruire les adhérences à l'aide de la sonde cannelée, faire une légère incision dorsale, libérer le frein et ainsi découvrir le gland. L'ablation complète du prépuce laissant le gland entièrement à découvert, ne doit pas se pratiquer.

Il existe, sans doute, toute une série de manifestations nerveuses anormales et extraordinaires, qui dépendent uniquement d'une irritation des organes génitaux; l'intervention chirurgicale les fait disparaître instantanément. Il est évident que l'opération reste sans résultat, lorsque les accidents ont une origine centrale.

Les docteurs F. Willard, J. N. Love, S. C. Gordon et P. R. Furbeck partagent entièrement l'opinion du docteur Sayre.

Le docteur C. W. Earle, de Chicago, fait la lecture d'un essai intitulé: "Investigation dans le but de déterminer si l'absence d'infection des eaux et des égoûts peut influencer sur la prévalence et la gravité de la diphthérie."

La maladie existe dans les montagnes et dans les grandes prairies du Nord-Ouest.

Elle est tout aussi mortelle dans les localités où il n'existe pas d'égoûts.

L'infection se transporte à des centaines de lieues, au moyen d'un véhicule inconnu.

SÉANCES GÉNÉRALES.

Mardi 6 septembre.

Le président ouvre la séance à 10 heures du matin.

Le docteur Austin Flint, de New-York, fait une communication sur "La fièvre: ses causes, son mécanisme et son traitement raisonné."

Après une discussion sur la chaleur animale, l'auteur arrive aux conclusions suivantes:

1° Les fièvres sont des maladies de durée limitée, surtout lorsqu'elles appartiennent à la classe des affections aiguës. Leur cause réside en un micro-organisme qui perd son activité au bout d'un temps déterminé.

2° Jusqu'ici nous n'avons pu arriver à détruire directement les organismes morbifiques qui donnent naissance aux fièvres continues; nous ne pouvons que modérer leur action et soutenir le pouvoir de résistance du malade.

3° La production de la chaleur animale entraîne l'oxidation de parties de l'organisme ou d'aliments qui est représentée par la formation et l'excrétion de matières azotées, d'acide carbonique et d'eau.

4° L'eau formée dans le corps par un processus d'oxidation doit être considérée comme principe excrémentiel, en ce qui concerne sa relation à la nutrition générale et à la production de la chaleur animale.

5° La fièvre, telle qu'elle se présente dans les fièvres dites essentielles, est un état de production excessive de chaleur qui

engendre une nutrition défectueuse, une production anormale de matières excrémenteuses azotées et d'acide carbonique, et leur élimination une perte et une dégénérescence des tissus et la suppression partielle ou complète de la formation d'eau.

6° En dehors de complications et d'accidents, les phénomènes ataxiques de la fièvre varient suivant l'élévation de la température. Leur amélioration dépendra donc de l'emploi d'agents qui abaisseront la température.

7° L'application du froid à l'extérieur et l'administration de fébrifuges n'ont pas d'influence sur la cause spéciale de la fièvre, mais modifient seulement les accidents dépendant de l'hyperthermie.

8° Chez l'individu sain, la consommation des tissus qui servent à la production de la chaleur animale est contrebalancée par une production plus considérable d'eau.

9° Dans la fièvre, au contraire, la formation et l'excrétion de l'eau se font d'une manière insuffisante; la destruction et la dégénérescence des tissus par le fait sont augmentées.

10° L'alimentation dans les fièvres est rendue difficile par les troubles qui existent du côté des organes digestifs. Il faut donc administrer des aliments de digestion facile ou des substances que l'on a fait digérer en partie antérieurement.

11° Parmi les hydro-carbures, l'alcool s'oxide promptement et s'absorbe sans préparation digestive antérieure.

12° En proportion exacte de son oxidation dans le corps, l'alcool fournit la matière consommée par la production excessive de chaleur dans la fièvre et empêche ainsi la destruction et la dégénérescence des tissus.

13° L'introduction de substances consommées par la production de chaleur dans la fièvre, diminue plutôt qu'elle n'augmente l'intensité de l'hyperthermie.

14° Comme l'oxidation de l'alcool engendre nécessairement la production d'eau, son action dans la fièvre tend à restaurer le processus normal de production de la chaleur dans lequel l'eau joue un rôle si important.

15° Le grand desideratum dans le traitement de la fièvre, consiste à limiter et à réduire l'hyperthermie par les moyens directs et indirects; à limiter et à réparer la destruction et la dégénérescence des tissus, par l'alimentation; à fournir les matières que consomme la production anormale de chaleur, et à placer ainsi, l'organisme dans les conditions les plus favorables à sa convalescence après la disparition de la maladie.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur Hugh Hamilton, de Harrisburg, lit un mémoire sur "La philosophie chimique du remède."

Les progrès en bactériologie et en chimie ont prouvé que cette philosophie existe.

L'activité des microbes se montre par la transformation des éléments organiques normaux du sang en éléments nuisibles et même mortels.

Le but du remède est leur destruction.

Les bactéries contiennent de l'albumine; en les soumettant dans le vide, au froid, à la chaleur ou à la combustion, nous les détruisons. Si nous les privons, par un moyen quelconque, de leur oxygène, ils périssent. L'expérience clinique démontre que tel ou tel remède est administré, soit à cause de son pouvoir d'oxydation, soit parce qu'il réussit à détruire les microbes et leurs spores, par la substitution des radicaux.

Le docteur Stockman dit qu'il avait été frappé du manque d'information contenu dans les ouvrages scientifiques, sur la causation de la fièvre et sur l'amaigrissement. Le docteur Philip, d'Edimbourg, a fait dernièrement une expérience intéressante à ce sujet. Par le procédé de Stas, il a obtenu du crachat d'un phthisique, maintenu pendant quelque temps à la température du corps, un alcaloïde: un ptomaine, qui, injecté chez un mammifère, a produit de la fièvre et un amaigrissement progressif. L'administration de la belladone ou de l'atropine après l'injection du nouvel alcaloïde déterminait un arrêt de la fièvre et de l'amaigrissement.

Le docteur J. S. Sinclair Coghill, de l'île de Wight, fait une communication sur "Le chlorate de potasse."

Il a fait une série d'expériences, dans lesquelles il a trouvé que la quantité du médicament administré à un malade, se retrouve presque entière dans ses urines. Ce sel est si riche en oxygène qu'il peut apparemment sans se décomposer contribuer à l'oxygénation du sang.

Le docteur Charles D. F. Phillips, de Londres, lit un mémoire sur "L'action de certains médicaments sur la circulation et la sécrétion du rein."

(A) Médicaments qui causent d'abord la contraction et ensuite la dilatation du rein:

1^o La caféine (à doses faibles) produit d'abord une diminution de la tension vasculaire, qui est suivie d'une augmentation. La quantité d'urine est diminuée dans la première période, elle augmente dans la seconde. De fortes doses peuvent même produire de l'anurie.

2^o L'alexine (1 centigramme) produit une sécrétion d'urine abondante, mais de courte durée, dans la période de dilatation.

(B) Médicaments qui causent la dilatation du rein, mais à un degré moindre que la caféine et l'alexine;

Ce sont la dextrose, l'urée, le chlorure et l'acétate de sodium, etc.

(C) Médicaments qui occasionnent la contraction du rein sans dilatation subséquente :

1^o La digitaline, avec augmentation de la sécrétion urinaire.

2^o La spartéine, avec diminution de la sécrétion.

3^o La strophanthine cause une contraction passagère.

4^o L'apocynéine, de même.

5^o La térébenthine donne le même résultat.

6^o L'adonidine aussi.

7^o Le chlorure de barium aussi.

Le docteur Samuel S. Wallian, de New-York, lit un article dans lequel il conseille d'abandonner complètement l'emploi des médicaments, et de n'avoir recours qu'aux bains, au massage, l'électricité et à l'hygiène.

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

Séance du 6 septembre.

Le docteur Moncorvo fait une communication sur "La syphilis héréditaire et le rachitisme au Brésil."

A Rio de Janeiro et dans les environs, 60 pour cent des maladies d'enfants ont pour étiologie la syphilis des parents. Malgré l'avis contraire émis au Congrès de 1881 par le docteur C. West, l'auteur a diagnostiqué le rachitisme chez 45 pour cent de ses jeunes malades.

Le docteur William Stephenson d'Aberdeen, lit un article intitulé "La croissance chez les enfants."

Les conséquences cliniques de la croissance plus ou moins rapide de l'enfant ont une importance très grande. Si, par exemple, pendant l'année qui vient de s'écouler, l'augmentation en poids d'un jeune garçon a été le double ou le triple de ce qu'elle a été dans d'autres années, l'enfant est-il capable de supporter plus ou moins de fatigue mentale et physique?

La fille croît le plus rapidement entre onze et treize ans, le garçon entre quatorze et seize ans. L'auteur considère que nombre des phénomènes qui se déclarent à l'âge de la puberté sont attribuables à cette activité dans la croissance.

Le professeur Victor C. Vaughan, présente un mémoire sur "L'emploi du lait de vache dans l'alimentation artificielle des enfants."

Lorsque le lait de vache a subi la plus légère altération, il contient un principe qui donne naissance au choléra infantum. Pen-

dant la saison chaude, il conseille de l'employer avec les plus grandes précautions.

Le docteur R. B. White pose les règles suivantes ;

1^o Examiner le lait au papier de tournesol et y ajouter de l'eau de chaux, si c'est nécessaire.

2^o N'en donner qu'une petite quantité dans les vingt-quatre heures,

3^o Se servir de bouteilles de la grandeur voulue pour qu'elles ne contiennent que le lait requis pour un seul repas. Celles dont on ne se sert pas doivent être lavées à l'eau chaude et conservées dans une solution alcaline.

4^o Conserver le lait sur la glace, après qu'il a été bouilli.

Le docteur William P. Northrup, de New-York, lit un article intitulé : "L'anatomie pathologique de la diphthérie laryngée dans ses rapports avec l'intubation."

On ne trouve chez les enfants morts de trois à sept jours après l'introduction du tube d'O'Dwyer, qu'une érosion superficielle de l'épithélium.

Lorsque la maladie est accompagnée de complications graves, l'extrémité inférieure du tube produit une ulcération assez profonde sur la paroi antérieure de la trachée. Dans les 116 autopsies qu'il a pratiquées, il n'a jamais trouvé ni lait ni substance étrangère dans les bronches.

"Le tubage du larynx dans le rétrécissement et dans l'asphyxie du croup," par le docteur E. Bouchut, de Paris.

En 1858, l'auteur avait déjà fait le tubage du larynx chez plusieurs enfants. Il avait obtenu trois guérisons sur dix cas. Puis il donne l'observation détaillée d'un enfant de dix-huit mois, dans le larynx duquel il introduisit une canule en argent et qui guérit en fort peu de temps.

Le docteur J. O'Dwyer, de New-York, fait une communication sur "L'intubation du larynx."

Il commença ses expériences en 1880, au New-York Foundling Asylum.

La trachéotomie n'y avait pas donné un seul résultat heureux depuis quelque temps. Beaucoup de médecins hésitent à pratiquer une opération dangereuse et difficile ; le vulgaire ne peut comprendre que pour soulager un enfant, il faille lui couper la gorge.

Le docteur O'Dwyer se servit d'abord d'un cathéter prostatique qu'il introduisait par le nez, mais il dut abandonner ce procédé car le patient enlevait lui-même l'instrument. Il fit alors construire un tube court, qu'il a depuis modifié plusieurs fois avant d'arriver à l'appareil satisfaisant dont il se sert aujourd'hui.

La partie du tube située au-dessus de l'orifice supérieur s'élargit graduellement ; la pression des cordes vocales sur ces parois incli-

nées et le poids du tube lui-même empêchent son expulsion lors d'un accès de toux. Le tube n'est pas construit assez large pour qu'il soit serré par le larynx, d'où il peut être expulsé s'il se formait des masses de pseudo-membranes trop considérables pour passer par sa lumière. C'est là la raison pour laquelle le tube ne reste pas toujours en place, même lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes.

L'intubation est en apparence une opération simple ; mais elle ne l'est pas, en vérité. Le médecin habile la pratiquera facilement dans un cas ordinaire, mais il rencontrera beaucoup de difficulté dans un mauvais cas.

L'intubation ne deviendra jamais un agent de guérison satisfaisant, car elle ne saurait influencer sur les complications qui rendent le croup membraneux si fatal.

Dans la comparaison entre la trachéotomie et l'intubation, il ne s'agit pas de déterminer si l'une des opérations donnera plus de succès que l'autre ; la question est celle-ci : Laquelle sera pratiquée le plus souvent ? A laquelle les parents se soumettront-ils le plus facilement.

Le docteur F. E. Waxham, de Chicago, lit un mémoire sur "L'intubation du larynx, ses avantages et ses désavantages. Statistiques de l'opération."

Il n'est pas facile à pratiquer, le tube est difficile à retirer ; il entrave souvent la déglutition. D'un autre côté on peut la faire instantanément, sans douleur, sans hémorrhagie, sans choc ; le tube n'a pas besoin d'être nettoyé, le traitement subséquent est très simple.

L'intubation a été faite mille fois depuis deux ans ; elle a sauvé d'une mort certaine, deux cent soixante-neuf personnes.

Le docteur Charles G. Jennings, de Détroit, préfère la trachéotomie ; d'abord il y a obtenu de meilleurs résultats, puis il redoute les difficultés dans l'alimentation que suscite l'introduction du tube dans le larynx.

SECTION DE CHIRURGIE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur John Homans, de Boston, fait une communication sur "Trois cent quatre-vingt-quatre laparatomies pour affections diverses."

Il a l'habitude de se servir de drains qu'il fait nettoyer toutes les quatre heures, mais il n'est pas d'avis qu'ils drainent la cavité abdominale, bien que Keith, d'Edimbourg, conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos à la suite de laparatomie, avec mort au troisième jour, et un cas de calcul vési-

cal produit par des poils qui sont tombés dans la vessie. Le nombre maximum de ses guérisons successives a été de trente-huit. Il considère que les kystes suppurés de l'ovaire sont très rares, car il n'en a vu qu'un. Il se sert du procédé extra-péritonéal, ayant recours à l'écraseur. S'il ouvre la vessie pendant l'opération, il y laisse une sonde molle à demeure. Il a eu cinq cas de fibromes, accompagnés d'hémorragies; une guérison, un avec amélioration, un sans amélioration.

Il a fait une ablation de l'utérus avec résultat fatal. Il a opéré un abcès de l'ovaire qui a guéri; de même pour une péritonite tuberculeuse. Cinq cas d'anus contre-nature, trois guérisons. La castration pour affections nerveuses ne lui a pas donné de bons résultats. Deux cas de myxo-lipome, une mort. Il a pratiqué la laparotomie une fois pour un abcès pérityphlitique; le malade guérit.

Le secrétaire lit un mémoire du docteur Addinell Hewson, de Philadelphie, dans lequel il recommande la réunion des bords de la plaie abdominale dans la laparotomie sans l'aide de sutures. Il y arrive au moyen d'une gaze spéciale qu'il nomme "gaze de Donna Maria."

Le docteur I. M. Matthews, de Louisville, lit un travail intitulé: "Quand la colotomie est-elle indiquée?"

Dans le cas d'épithéliome du rectum, lorsque la lésion est située à trois pouces de l'anus, la colotomie ne doit pas se faire; s'il existe un rétrécissement situé trop haut pour qu'on y arrive avec le doigt, s'il est d'origine syphilitique, etc., l'on ne doit pas opérer.

SECTION DE GYNECOLOGIE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur Thomas Moore Madden, de Dublin, lit un mémoire intitulé: "Des causes et du traitement de la stérilité."

Il y a peu de problèmes gynécologiques qui nous soient présentés aussi souvent et qui soient d'une importance pratique plus grande.

Les cas que l'auteur a réunis peuvent se diviser comme suit:

1^o Ceux dans lesquels la stérilité est causée par l'impuissance sexuelle ou par une obstruction mécanique siégeant sur le trajet de la vulve aux ovaires.

2^o Les cas de stérilité vraie, incapables de concevoir à cause d'affections congénitales ou acquises de l'utérus ou de ses annexes.

3^o Cas de stérilité dus à des causes constitutionnelles.

4^o Cas dans lesquels la cause paraît être d'un ordre moral, incongruité sexuelle, etc.

Le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fré

quente de la stérilité ; une opération peut seule la guérir. L'auteur recommande d'opérer avec beaucoup de soins, toute simple que puisse paraître l'intervention, afin d'obtenir une dilatation suffisante et permanente.

“ Je me sers, dit-il, d'une forme spéciale de dilateur, qui peut s'introduire dans n'importe quel canal ; je fais passer, grâce à lui, un bistouri jusqu'au delà de l'orifice interne, et j'ai recours à un dilateur utérin très puissant.”

L'auteur passe ensuite aux flexions de la matrice et au rôle qu'elles jouent dans l'étiologie de la stérilité, à l'endométrite chronique et aux affections des trompes. Il ne conseille pas leur ablation, car leur ponction ou leur cathétérisation est souvent suffisante.

Le docteur S. C. Gordon, de Portland, ne croit pas qu'il y ait de canal assez étroit pour empêcher le passage des spermatozoïdes.

Le docteur Graily Hewitt croit que le redressement de l'utérus fait plus de bien que sa dilatation.

Les docteurs Laphorn Smith et Daniel J. Nelson attribuent souvent la cause de la stérilité à l'impuissance du mari.

Le docteur Reeves Jackson, de Chicago, fait une communication sur “ Le traitement moderne du cancer utérin.”

Il est basé sur la théorie de l'origine locale du cancer de la matrice ; son ablation complète seule peut en amener la cure radicale.

Conclusions :

1° Toute opération qui n'enlève pas entièrement les tissus altérés, sera suivie de récurrence.

2° Il est impossible de fixer des limites à l'extension du processus morbifique ; aussi n'y a-t-il aucune intervention opératoire qui garantisse son ablation complète.

3° C'est pourquoi une opération dangereuse ne doit pas être pratiquée, si l'on peut avoir recours à un traitement plus bénin.

4° D'autres méthodes de traitement, six fois moins mortelles que ne l'est l'hystérectomie vaginale, donnent des résultats tout aussi satisfaisants, quant à l'amélioration des accidents et quant à la probabilité de récurrence.

5° L'hystérectomie vaginale ne diminue point la souffrance. Au lieu de prolonger la vie de la patiente, elle la met en danger.

Le professeur Graily Hewitt, de Londres, lit un mémoire intitulé : “ Des rapports qui existent entre les modifications de la structure de l'utérus et les changements qui se produisent dans sa forme.”

Dans l'appréciation exacte du véritable rapport qui existe entre les altérations de la substance de l'utérus et ses changements de forme, il est évident que la période initiale de ces modifications, présente un intérêt tout spécial.

L'on se sert, en général, du terme métrite chronique, pour indiquer les altérations de la substance utérine. Il existe une modification structurale de la matrice, qui apparaît quelquefois vers l'âge de la puberté, surtout chez les jeunes femmes qui ont eu une alimentation insuffisante; les tissus utérins sont mous, la patiente souffre. Cette mollesse n'est pas d'origine inflammatoire; l'organe est très flexible et il existe, en général, une flexion marquée.

L'auteur a décrit cet état il y a dix ans, et l'a observé souvent depuis lors; le docteur Charles D. Scudder en parle sous le nom de "mollities uteri."

Cette altération structurale de l'utérus doit être considérée comme un agent de grande importance, dans l'origine et dans l'augmentation des flexions de l'organe.

L'utérus étant flexible à l'état normal, tout effort tendra à augmenter facilement la flexion; à plus forte raison cela arrivera-t-il, dans le cas où une force mécanique agira subitement et violemment sur l'organe. Le processus de fixation de la matrice peut donc être lent ou rapide.

La flexion est permanente une fois que le tissu utérin aura repris une consistance ferme.

La flexion résulte quelquefois d'une malconformation congénitale, ou d'un arrêt de développement à l'époque de la puberté, sans altération des tissus.

Chez les multipares, il existe une condition analogue, connue sous le nom d'involution utérine défectueuse, dans laquelle la substance de l'organe est molle; la flexion en résulte souvent.

L'auteur prétend que les troubles circulatoires qui accompagnent la congestion utérine, proviennent d'un courant artériel faible et de la compression des tissus de l'organe, causée par la flexion qui coexiste.

L'utérus se fléchit d'une manière permanente dès que se déclare le processus de durcissement, signalé par Jacobi comme résultant de la métrite chronique.

Il considère que l'endométrite est causée par une hypertrophie congestive de la muqueuse utérine, et par la rétention de sécrétions irritantes; sauf dans le cas de gonorrhée ou de syphilis, l'endométrite serait donc secondaire.

Le docteur W. H. Wathen, de Louisville, fait une communication sur "La dilatation rapide du col de l'utérus."

L'auteur a eu l'occasion de remarquer les mauvais résultats que donne la dilatation du canal cervical par les tentes et les incisions pratiquées pour la cure de la dysménorrhée et de la stérilité. La dilatation rapide par le dilateur à deux valves, ou mieux encore, par un instrument de son invention qui remplace le dilateur d'Elhinger, modifié par Goodell, donne des résultats beaucoup plus satisfaisants. Il rappelle que l'emploi de tentes peut être suivi d'endométrite, d'hématocèle pelvien, d'inflammation péritonéale ou pel-

viennne, de septicémie et de tétanos, et qu'il ne produit apparemment pas d'amélioration permanente. Le dilatateur à deux valves est comparativement aseptique ; les dangers immédiats et ultérieurs de l'opération sont pour ainsi dire nuls. Elle guérit presque toujours la dysménorrhée, et abolit souvent la cause de la stérilité.

L'incision antérieure, postérieure, ou bilatérale du col, s'étendant jusqu'à la paroi vaginale, ou à travers l'orifice interne, vaut mieux que l'introduction de la tente.

Il dilate le col dans son cabinet de consultation, sans anesthésique locale ou générale, et permet à la patiente de rentrer chez-elle quelques minutes après. Quand il veut dilater au-delà d'un centimètre, il fait une injection hypodermique de morphine et d'atropine et endort sa malade avec du chloroforme avant d'opérer.

Il recommande la plus grande propreté et l'observation de précautions antiseptiques. Il se sert de dilateurs de trois grandeurs différentes.

L'opération est contre-indiquée dans le cas d'inflammation pelvienne et d'affections des trompes ou des ovaires ; il faut, en outre, être certain que la cause des désordres réside dans le canal cervical.

Le docteur A. Martin, de Berlin, constate que l'opération a fait de remarquables progrès et que l'instrument dont se sert le docteur Wathen remplit mieux les indications que les anciens dilateurs. L'on dilate pourtant trop souvent.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur G. H. Rohé, de Baltimore, fait une communication sur "Le développement anormal de poils."

Il nous intéresse spécialement lorsqu'il siège sur la figure ; nous avons heureusement un remède infaillible : l'électrolyse. Il est intéressant de noter que chez les personnes poilues, le développement des dents n'est souvent pas normal ; elles n'ont en général qu'un nombre restreint de dents. Darwin avait remarqué le même fait chez les chiens anormalement poilus. L'hérédité est un facteur très important dans la production de l'affection.

Le docteur Unna, de Hambourg, recommande de faire, le plus souvent possible, un examen histologique de la peau. Il ne doute pas que ce soit une maladie héréditaire ; mais, au point de vue scientifique, cette explication est insuffisante.

Le docteur Thin, de Londres, croit que la maladie est due à un développement physiologique imparfait.

Les docteurs Gottheil, Ravogli et Reynolds continuent la discussion.

“Méthode nouvelle pour le traitement local des maladies de la peau.”

Le docteur Valentin Knaggs de Londres, propose de substituer des émulsions aux onguents; il en a fait usage depuis deux ans, dans les eczèmas et dans les autres exudations non spécifiques, avec d'excellents résultats. L'onction avec l'huile a rendu de grands services, mais celle-ci n'adhère pas à la peau; on peut remédier à cet inconvénient en ajoutant aux substances oléagineuses, des résines ou des gommés pour obtenir des émulsions de graisse et d'eau.

Il emploie la formule suivante :

Paraffine molle.....	30 grammes.
Pulv. gum. acae.....	8 grammes.
Acid. borie.....	1 gramme.
Aqua.....	60 grammes.

Faites une émulsion.

On peut y ajouter du bismuth, du zinc, du soufre ou tout autre médicament.

Le docteur Unna reconnaît l'utilité de ce traitement, mais conteste sa nouveauté, car il l'emploie depuis longtemps.

Le docteur H. J. Reynolds, de Chicago, fait une communication sur “Une méthode nouvelle pour le traitement des maladies de la peau causées par des parasites végétaux.”

Dans le favus, le sycosis et le tinea du cuir chevelu, il est nécessaire que le parasiticide pénètre jusqu'au fond du follicule pileux. Dans ce but, après avoir fait l'application de ce médicament, il place le pôle positif d'une batterie sur la région malade et le pôle négatif sur une autre partie du corps; une loi de physique bien connue fait pénétrer la solution médicinale. Dans les trois observations qu'il cite, il a employé une solution (1 pour cent) de bichlorure; il y trempe directement son électrode positif et l'applique sur la partie malade.

Le docteur Thin considère la forte solution de bichlorure comme dangereuse; elle produit, en outre, une calvitie qui peut être permanente.

Les docteurs Juler, Davis, Robé et autres, prennent part à la discussion.

SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur Joseph Körösi, directeur des statistiques municipales de Budapesth, lit un article intitulé : Du pouvoir préventif de la vaccination.”

Il passe en revue toutes les opinions qui ont été émises pour et contre le pouvoir préventif de la vaccination ; les statistiques sur lesquelles elles sont basées n'ont pas la valeur absolue que l'on veut leur attribuer. Même lorsque les chiffres prouvent que la mortalité des individus non vaccinés est supérieure à celles des individus vaccinés, les anti-vaccinateurs, répondent que la première catégorie est composée d'enfants malades et faibles, dont l'état général prédispose à contracter la variole.

M. Körösi leur répond.

Il distingue entre mortalité et léthalité. La mortalité représente la chance que tout être vivant a de mourir ; la léthalité, la chance de mort d'un individu malade. Si nous connaissions, par exemple, la léthalité générale des non-vaccinés, nous pourrions déterminer si leur léthalité pour la variole est plus grande ; cette différence dépendrait entièrement de leur non-vaccination. Mais pour déterminer la léthalité générale des vaccinés et des non-vaccinés, il faut que les registres d'hôpital indiquent, dans chaque cas, (médical ou chirurgical) si le malade a été vacciné ou non. Cette mesure est en vigueur depuis 1886, dans dix-neuf hôpitaux de Buda-Pesth et de la Hongrie. Vingt mille cas démontrent que la léthalité générale des vaccinés est de 8 pour cent, et celle des non-vaccinés de 13 pour cent. Donc, l'assertion des anti-vaccinateurs est vraie. Mais parmi les varioleux, la léthalité des non-vaccinés est montée à 6.66 pour cent ; elle devrait donc représenter à peu près 10 pour cent, mais en réalité, elle est de 49.63 pour cent. Il y a toutefois deux facteurs qui donnent ce résultat : le mauvais état générale des non-vaccinés, et le fait de leur non-vaccination. Dans ces conditions-là, nous pouvons affirmer que pour le varioleux non-vacciné, la chance de mourir est élevé à 500 pour cent, uniquement parce qu'il n'a pas été vacciné.

La non-vaccination cause trois fois et demi plus de cas de petite vérole.

La mortalité est calculée par la même méthode, qui fonctionne à Buda-Pesth et dans neuf autres villes de la Hongrie, où elle est appliquée en outre à la syphilis, la tuberculose, etc.

M. Körösi discute longuement les rapports des différentes maladies entre elles, au point de vue de la valeur et de la portée des statistiques.

Les docteurs C. A. Leale, Lynch et Waugh partagent les opinions du docteur Körösi, dont ils apprécient le mémoire fort intéressant.

Le docteur W. M. Whitmarsh, de Londres, fait une communication sur "La vaccination et le traitement de Pasteur."

Il ne considère pas la vaccination comme un préventif contre la variole, bien qu'elle diminue les probabilités de contagion. La loi exige en Angleterre, que les enfants âgés de plus de trois mois, soient vaccinés.

Dans son article sur la méthode de Pasteur, il donne minutieusement le mode de préparation du virus pour inoculation, et explique le principe dont il découle. Il montre les appareils employés, ainsi qu'une solution du virus.

Pour lui, Pasteur est un chimiste scientifique de premier ordre, mais il n'est ni médecin, ni chirurgien. Il est difficile de savoir si les individus inoculés par Pasteur ont eu la rage ou non.

Il propose d'instituer une série d'expériences sur des condamnés.

Le docteur C. A. Leale a l'occasion de soigner de 18,000 à 20,000 enfants malades chaque année. Bien que des centaines d'entre eux aient été mordus par des chiens, il n'a jamais eu un cas d'hydrophobie.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 6 septembre.

Le docteur James C. Cameron, de Montréal, lit un article intitulé: "L'influence de la leucémie sur la grossesse."

Nos connaissances sur ce sujet sont très limitées. Nous savons que cette affection est fréquente chez les femmes, surtout à l'époque de la grossesse ou de la menstruation; son effet sur les organes de la génération est peu connu. Elle se développe fréquemment vers la fin de la grossesse.

Il cite l'observation d'une malade, chez laquelle la leucémie était héréditaire.

Le professeur A. Charpentier, de Paris, fait une communication sur "L'urémie expérimentale."

Il donne le résultat d'expériences qu'il a faites sur la production artificielle d'urémie chez des animaux pendant la grossesse. Il a fait dans le sang, des injections successives d'urée jusqu'à ce qu'elle s'y présentât en excès. Dans ce cas, la mort du fœtus précédait celle de la mère, et la quantité d'urée trouvée dans ses veines était supérieure à celle que contenaient les veines de la mère. C'était là, du reste, la cause de la mort du fœtus.

Le docteur William T. Lusk, de New York, trouve que cette hypothèse est fort ingénieuse.

Le docteur Alexander R. Simpson, d'Edimbourg, présente un mémoire sur "L'uniformité dans la nomenclature obstétricale."

Le docteur William T. Lusk, de New York, fait une communication sur "Le pronostic de la section césarienne."

Il condamne sévèrement la facilité avec laquelle on a recours à la craniotomie. Pour la section césarienne, un résumé consciencieux des statistiques donne des résultats très favorables, même avec la méthode ancienne, lorsque les conditions sont bonnes et que l'opération est pratiquée avec habileté. Il est, en général, possible d'éviter une issue fatale.

L'auteur compare les résultats brillants obtenus à l'étranger, à la mortalité des dernières opérations américaines, et considère que l'on ne pourra formuler un pronostic plus favorable que lorsqu'on aura appris à reconnaître les indications opératoires avant le moment où l'opération doit se faire.

Ce qui entrave le progrès dans ce pays, c'est le diagnostic faux ; tout médecin doit s'exercer à reconnaître les malformations du bassin. L'opérateur doit au moins posséder la connaissance théorique de la technique à suivre.

Le docteur M. Sànger, de Leipzig, lit un mémoire qui a pour titre : " L'opération césarienne."

Le procédé opératoire de l'auteur est préférable à celui de Porro, lorsque l'enfant est vivant ou lorsque l'enfant est mort et que la craniotomie ou l'embryotomie entraînerait la mort de la mère. L'opération ne doit être pratiquée que si la cavité utérine a été maintenue aseptique ; elle doit être faite de bonne heure.

Il insiste sur les points suivants :

1^o Précautions antiseptiques rigoureuses.
2^o L'incision abdominale, longue de seize centimètres, doit porter sur la ligne blanche, sur le centre du fond de l'utérus.

3^o Il vaut mieux ne pas retirer l'utérus de la cavité abdominale, à moins que le fœtus ne soit mort, ou que l'opérateur n'ait pas assez d'aides.

4^o La ligature élastique ne doit pas être placée avant d'ouvrir la matrice, car elle met en danger la vie de l'enfant ou elle peut inclure une partie du corps de l'enfant, si bien qu'il faudrait qu'elle fût desserrée au moment où l'opérateur a besoin de ses mains pour un acte plus important.

5^o Il faut pénétrer dans l'utérus par une incision médiane antérieure ; sectionner le placenta ou le pousser de côté ; extraire l'enfant par les jambes, et si la tête est prise, prolonger l'incision à son extrémité supérieure, afin d'éviter toute laceration de l'utérus dans la direction du col. En même temps, un aide comprime les parois abdominales vers l'utérus afin d'éviter la sortie de l'intestin ou l'entrée de liquides dans la cavité péritonéale.

6^o Le danger d'hémorrhagie n'est pas aussi grand qu'on le suppose. La torsion et la flexion légère de l'utérus et des ligaments larges, l'empêchent en général. Il faut se passer de la ligature élastique, si possible.

7^o Les bords de la plaie utérine doivent être réunis par de nombreuses sutures. Il faut éviter que les points de suture ne passent dans la cavité utérine. Il faut obtenir la réunion exacte des surfaces. La soie est préférable au fil d'argent. Le catgut, préparé dans le

acide chromique, ou du bichlorure, donne d'excellents résultats. Le docteur W. H. Wathen, de Louisville, fait une communication sur " La section abdominale pour la délivrance du fœtus." Il la préfère à la craniotomie.

SECTION DE CHIRURGIE.

Séance du 6 septembre.

Discussion sur la chirurgie abdominale.

Le docteur W. H. Hingston, de Montréal, trouve que l'intervention opératoire est indiquée lorsque le trajet du projectile est incertain.

Quant à la communication du docteur Homan, il s'étonne qu'il ait eu dix pour cent de hernies ventrales; il croit facilement que le docteur Homan n'a obtenu qu'une amélioration sur cinq opérations pour troubles nerveux.

Le docteur J. B. Murphy, de Chicago, remarque que l'on est quelquefois obligé de faire l'incision en dehors de la ligne médiane pour atteindre l'intestin.

Le docteur S. C. Gordon, de Portland, dit qu'il a vu trois hernies ventrales sur 80 cas. Il a opéré 33 fois pour hystérie, et 25 de ses patientes diront elle-mêmes, aujourd'hui, qu'elles sont guéries. Ce résultat ne correspond pas à ceux de beaucoup d'autres opérateurs.

Le docteur Cowden a souffert lui-même d'une invagination, qui été réduite sans opération.

Le docteur Donald MacLean, de Détroit, fait une communication sur "Trois cas de maladie chirurgicale du rein; compte-rendu des opérations pratiquées pour obtenir leur guérison; leurs complications et leurs résultats."

1er cas.—Femme de vingt-et-un ans. Tumeur ovarienne avait été diagnostiquée. Kyste du rein. Laparotomie. Guérison.

2e cas.—Femme de quarante ans. Immense kyste du rein. Guérison.

3e cas.—Enfant. Mort

Le docteur Marston lit un mémoire de sir Thomas Longmore, de Netley, sur la "La difficulté de fournir au soldat en campagne un pansement temporaire."

La mesure fut prise pour la première fois, dans l'armée anglaise, pendant la guerre de Crimée (1854). Elle est maintenant adoptée dans toutes les armées européennes.

Le docteur Stern lit une traduction abrégée d'une communication du professeur Von Esmarch, de Kiel, sur le même sujet. Il conseille un pansement antiseptique.

Le docteur Reed Brockway Bontecou, de Troy, est partisan du pansement préliminaire antiseptique.

Le docteur J. K. Smith est du même avis.

Le docteur Porter, de l'armée des États-Unis, a été blessé lui-même accidentellement pendant une partie de chasse. On lui a fait un pansement à l'iodoforme, qu'il n'a jamais changé complètement et sa plaie a guéri sans suppuration.

Le docteur Neudörfer, de l'armée autrichienne, lit un mémoire

intitulé: " De l'état actuel de l'antisepsie, et du meilleur mode de l'appliquer en temps de guerre. "

Le docteur B. A. Watson, de Jersey City, fait une communication sur " Le traitement immédiat des plaies par armes à feu. "

Il rappelle quels sont les devoirs du chirurgien militaire sur le champ de bataille, Puis il discute les conditions que doit remplir un poste de secours bien installé, les moyens hémostatiques les plus pratiques, le nettoyage des plaies, leur pansement antiseptique, etc., etc.

Le docteur Cullen fait remarquer combien il est difficile d'observer les règles de l'antisepsie sur le champ de bataille. Il recommande de transporter les blessés le moins possible. Il considère que le sang que fournit la plaie est le meilleur antiseptique.

Le docteur William Varin, de Titusville, trouve que le traitement antiseptique donne des résultats bien supérieurs.

Les docteurs G. L. Langride et Carnochan émettent leur opinion sur la valeur des pansements immédiats.

Le docteur L. von Farkas, de Buda-Pesth, lit un court article qui donne les statistiques des excellents résultats obtenus par le pansement antiseptique; il montre un drain spécial et un spéculum pour l'examen des plaies par armes à feu.

Le docteur Eli A. Wood, de Pittsburg, présente un mémoire sur "L'importance de statistiques vitales officielles dans l'armée et dans la marine, par rapport à la distribution de pensions. "

Le docteur Daniel Smith Lamb, de Washington, fait une communication sur: " L'importance d'un code international pour le traitement médical des prisonniers de guerre. "

SÉANCE GÉNÉRALE.

Séance du 7 septembre.

Présidence du docteur Durante, de Rome, un des vice-présidents.

" La Bactériologie et ses relations thérapeutiques, " par le docteur Mariano Semmola, de Naples.

Le but de la médecine est la guérison des maladies; pour guérir les maladies, nous devons en connaître les causes. Les causes externes sont visibles, mais la science médicale cherche à découvrir les causes internes, invisibles. Il n'y a qu'une méthode qui puisse nous fournir la résolution du problème—la méthode expérimentale.—Avant qu'elle ne fût connue, le médecin se perdait en conjectures fantastiques. Les progrès étonnants de la physiologie lui doivent leur origine.

Lorsque le médecin a découvert une condition morbide, il tend à abandonner ses recherches lentes et minutieuses, car il a hâte

d'arriver au remède qui lui permettra de la guérir. Cette hâte est incompatible avec les principes mêmes de la méthode expérimentale. C'est ainsi que le médecin arrivait à des conclusions sans avoir trouvé les faits qui pouvaient les justifier.

Il retomba dans les erreurs de la médecine ancienne, et il continuera à y retomber tant qu'il ne s'adressera pas à l'expérimentation.

Nous nous trompons en pensant que la bactériologie peut fournir la clef de toute pathologie. Nous devons l'étudier, car elle nous enseigne ce qui existe dans le monde microscopique ; mais dans les efforts que nous faisons pour guérir les malades, nous devons procéder avec précaution. En nous servant d'un remède dont nous ne connaissons pas la valeur, telle que les faits peuvent nous la démontrer, nous risquons de faire du mal, là, où nous voudrions faire du bien. C'est dans ce sens que la bactériologie moderne est nuisible, car les médecins ont conclu de suite, que des microbes étaient les causes des maladies, quand souvent ils n'en sont que les effets. Nous devons reproduire artificiellement une maladie par l'agence du microbe, avant de conclure qu'il en est la cause. Jusqu'ici, la tuberculose et l'anthrax nous ont seuls fourni des résultats satisfaisants. Quand nous concluons, à la légère, que tel ou tel microbe est la cause de telle ou telle maladie, nous ignorons et nous mettons de côté la méthode expérimentale.

La démonstration qu'exige la méthode expérimentale dans ce cas, est complexe, car non seulement nous serions obligés de savoir que le microbe existe, mais nous serions obligés de savoir qu'elle est la condition du sang nécessaire à la culture de ce microbe spécial. La science ne nous fournit pas encore les données nécessaires pour résoudre ce problème.

Nous savons fort peu de chose sur la condition normale du sang.

Pour que la bactériologie nous vienne en aide dans la guérison des maladies, nous devons non seulement apprendre tout ce que nous pouvons sur le microbe lui-même, mais encore rechercher quelles sont les conditions du champ de culture. Voilà ce que la science actuelle ne sait pas encore, et nous ne pouvons encore nous servir de la bactériologie comme guide dans le traitement des maladies internes. La bactériologie nous parle de la nécessité d'un champ de culture spéciale ; mais, quel est ce champ ? Nous n'en savons rien ; la bactériologie n'est point une science, car une science ne peut se composer de choses inconnues, elle va du connu à l'inconnu.

Si l'on suppose un fait au lieu de la démontrer, on ne reproduit pas les phénomènes de la nature. La puissance de l'homme disparaît dès qu'il a recours aux hypothèses. Si les lois de la nature ne sont pas respectées, le téléphone ne marchera pas, la lumière électrique n'éclairera pas, la machine à vapeur s'arrêtera.

Le médecin prétendrait-il donc être maître de la nature, sans qu'il en connaisse même les lois?

La bactériologie nous mènera sans doute à une série de découvertes utiles, mais jusqu'ici elle n'a pas donné de résultats pratiques dans la guérison des maladies internes; il n'a point été démontré dans quelle mesure les microbes sont les causes des maladies.

Le professeur Semmola émet le vœu que la jeune génération continuera les recherches expérimentales que les grands maîtres lui ont transmises; elle doit renoncer à toute idée préconçue et interroger la nature sans la torturer.

SECTION DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 7 septembre.

Le docteur John E. Brackett, de Washington fait une communication sur "Le Rhamnus purshiana.

En dose de 30 centig. à 1 gramme il guérit la constipation chronique.

Le docteur Ralph Stoekman, d'Edimbourg lit un mémoire intitulé: "La pharmacologie de certains corps dérivés de la morphine.

Il passe en revue les expériences de How, en 1854, de Crum Brown et de Fraser, en 1869. Il énumère les propriétés de certains dérivés de la morphine, qui n'ont, du reste, aucune utilité pratique.

Le docteur A. L. A. Toboldt, de Philadelphie, fait une communication sur "Les eaux minérales de Carlsbad."

Il obtient des résultats remarquables dans la mélancolie, avec les eaux importées de Carlsbad.

Il administre aussi le quell-saltz ou le sprudel-saltz dans de l'eau. Les cas légers de diabète sont entièrement soulagés. L'administration du sel cause une diminution de vingt-six livres chez un malade obèse, en moins d'un mois.

Le docteur George S. Hull, de Chambersburg, lit un mémoire intitulé: "L'action soi-disante antiseptique du calomel administré à fortes doses."

Dans la dys-senterie, il soulage les coliques et modifie la nature des selles. Le médicament agit comme cholagogue et comme antiseptique. On en a conseillé l'emploi dans le choléra.

Il s'agit de dys-senterie épidémique, dans laquelle le calomel produit une sécrétion abondante de bile et soulage la congestion du foie et des vaisseaux intestinaux; le sel mercuriel se dissout dans la bile, et agit probablement ainsi comme antiseptique.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 7 septembre.

Le docteur A. Ravogli, de Cincinnati, fait une communication sur: "Le lupus érythémateux."

Il commence en rappelant combien il est difficile d'en obtenir la cure. Kaposi le considère comme étant un néoplasme. Hébra le décrit comme une séborrhée congestive. L'auteur fait passer des préparations qui montrent une hypertrophie des cellules épithéliales et des papilles dans le stroma du corium, une infiltration des tissus par des cellules inflammatoires, qui se voient aussi entre les fibres de tissu conjonctif qui entourent les follicules pileux, une augmentation des éléments du tissu conjonctif, un gonflement des fibres élastiques, et la présence de liquide entre les fibres du tissu conjonctif et du sang dans les vaisseaux. Le processus est donc inflammatoire.

Il se produit une véritable atrophie de la peau causée par une pression qui oblitère les glandes qui sont les premières hypertrophiées; nous avons donc hypertrophie des éléments histologiques, suivie d'atrophie, dont l'origine provient de l'oblitération des vaisseaux. La cause première provient d'une irritation nerveuse, qui engendre de l'hypéremie et des troubles dans l'activité biologique des cellules.

Les cellules épidermiques sont énormes et contiennent un certain nombre de corps ronds, qui sont probablement des microorganismes et qui forment des colonies.

Des sections de la peau démontrent leur présence dans la couche papillaire, surtout où il y a eu de l'exudation, ainsi que dans les fibres et les vaisseaux capillaires.

L'examen par la méthode de Friedlander confirme cette opinion. Le docteur Ravogli n'a pas pu faire des expériences de culture, mais il croit que la maladie est de nature infectieuse.

L'irritation causée par la présence des bactéries engendre les phénomènes inflammatoires, l'hypertrophie et la séborrhée.

La médication interne ne donne pas de résultats; l'application de l'emplâtre mercuriel constitue le meilleur traitement. Lorsqu'on se sert de la curette ou de caustiques, les plaques récidivent. L'auteur a eu trois guérisons définitives par l'emploi de l'ichthyol.

Il commence avec un onguent (10 pour cent) dont la base est l'onguent diachylique de Hébra; puis il en diminue la force à 3 pour cent.

Le docteur Knaggs, d'Angleterre, demande si l'ichthyol agit ici comme antiseptique.

Le docteur Ravogli répond affirmativement.

Le docteur Unna, de Hambourg, trouve la partie du mémoire qui traite des microbes fort intéressante, bien qu'elle présente des

points faibles. Les microbes doivent se voir dans les glandes sudoripares; il croit, du reste, à leur existence dans le lupus érythémateux, bien qu'elle ne soit pas encore prouvée.

Le docteur Thin, de Londres, dit que les corps ronds contenus dans les préparations, peuvent être ou ne pas être des microbes. Il faudrait instituer des expériences de culture. Il a remarqué plusieurs cas curieux, qu'il a désigné sous le nom de "maladie de la crête de coq" et qui ne sont qu'une forme de lupus érythémateux avec soulèvement de l'épiderme. Il croit à sa nature infectieuse.

Le docteur Zeisler, de Chicago, croit à la théorie du micro-organisme; mais en somme, ce n'est qu'une théorie. Le lupus érythémateux des muqueuses est extrêmement rare.

Le président encourage le docteur Ravogli à continuer ses recherches.

"Lupus érythémateux des mains," par le docteur Ohmann-Dumesnil, de Saint-Louis.

L'affection est très rare. Il a rassemblé quarante-cinq observations; dans douze d'entre elles, la maladie commença sur la figure et s'étendit ensuite aux mains, sur la face dorsale sans toutefois s'attaquer aux ongles. Il n'a pas pu trouver de microbes.

Le docteur Joseph Zeisler, de Chicago, fait une communication intitulée: "Contribution à l'étude de l'impétigo herpétiforme (Hebra)."

Il diffère de Duhring, et considère l'affection comme une maladie distincte, caractérisée par sa marche, son apparition chez la femme enceinte, sa terminaison fatale, etc.

SECTION DE MÉDECINE.

Séance du 7 septembre.

Le docteur John W. Ouchterlony, de Louisville, lit une étude sur "L'histoire naturelle des maladies."

Elle exerce une influence pratique sur la médecine dans son développement comme science.

Les maladies sont des conditions naturelles, bien qu'elles ne soient pas normales; il serait raisonnable de supposer que la même puissance qui les a engendrées, est aussi capable de les faire disparaître. Le fait est que la nature constitue un remède bien plus efficace qu'on ne le suppose, et tout traitement intelligent doit être basé sur la connaissance de l'histoire naturelle des maladies.

Pour arriver à ce but, il faut les efforts réunis et les recherches de grand nombre d'hommes scientifiques du monde entier, qui communiqueront leurs observations sur les différentes maladies, sur l'influence qu'exercent sur elles l'âge, le sexe, l'occupation, etc.,

sur leur durée, sur leur mortalité et sur le mode par lequel elles causent la mort.

A ceux qui considèrent qu'il serait criminel de laisser l'issue d'une maladie à la nature, l'auteur répond que :

1^o Ce serait un traitement aussi légitime que l'administration de médicaments dont nous ne connaissons pas les propriétés, ainsi que cela se fait chaque jour dans les hôpitaux.

2^o La nature, qui a engendré la maladie, est assez puissante pour en amener la guérison.

3^o Dans beaucoup d'affections aiguës l'on admet généralement qu'il y a une tendance marquée à la guérison spontanée.

4^o Beaucoup de maladies possèdent la propriété d'autolimitation.

5^o Combien de médicaments y a-t-il, qui ont une renommée phénoménale et qui ne possèdent que des qualités curatives des plus faibles ? Ce ne sont point eux qui ont amené la guérison, mais bien la nature.

6^o Des maladies de même nature, traitées de manières différentes, guérissent.

7^o Beaucoup de maladies disparaissent, même lorsque le traitement institué est nuisible.

L'auteur sait que le médecin ne peut ni ne doit renoncer à toute médication dans tous les cas.

L'hôpital présente le plus grand champ d'observations comparatives.

Les docteurs Cronyn, de Buffalo ; Hemingway, de Michigan ; W. J. Scott, de Cleveland, et A. B. Arnold secondent les vues de l'auteur.

Les docteurs S. S. Green, de Buffalo, et Thomas Hay, de Philadelphie, croient à l'efficacité des médicaments.

Le docteur Outchertony fait remarquer que lui aussi croit à l'efficacité des médicaments, mais il faut qu'ils soient administrés selon une méthode exacte.

Le docteur Pavy, de Londres, remarque qu'il est de l'avis qu'il y a une histoire naturelle des maladies dont l'étude peut nous fournir beaucoup d'indications utiles.

Le docteur T. D. Crothers, de Hartford, présente un mémoire intitulé : " De l'alcoolisme et de son traitement."

Dans les temps anciens, l'alcoolisme était considéré comme une véritable maladie, tandis qu'aujourd'hui on lui attribue une origine mentale.

Au point de vue scientifique, cependant, l'alcoolisme est régie par des lois qui varient des forces physiologiques, psychologiques et physiques, parmi lesquelles l'hérédité, les conditions environnantes, l'éducation et l'alimentation sont les plus importantes.

Il y a un certain nombre de causes fixes qui peuvent lui donner naissance :

1^o Certaines conditions d'hérédité, certains chocs physiques et psychiques sont suivis d'alcoolisme dans beaucoup de cas.

2^o La maladie est souvent précédée d'altérations structurales et fonctionnelles du cerveau.

3^o Certaines organisations cérébrales mal équilibrées, des arrêts de développement du cerveau, etc., constituent des causes apparentes dans beaucoup de cas.

4^o Certaines maladies semblent avoir une tendance à se transformer en alcoolisme, sans cause excitante.

Il rappelle combien les symptômes de l'alcoolisme sont uniformes.

Comme traitement, l'auteur conseille l'incarcération des malades dans un hôpital dirigé militairement.

Les docteurs Cutter et O'Neal commencent la discussion.

Le docteur Fair, d'Illinois, considère que les influences morales donnent le plus de succès.

Les docteurs Stubbs, William Waugh et autres, continuent la discussion.

Le docteur Cisna, de Pennsylvanie, lit un mémoire sur " La fièvre typhoïde. "

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Séance du mercredi, 7 septembre.

Le docteur Ernest W. Cushing, de Boston, fait une communication sur " La dégénérescence cancéreuse des glandes hyperplastiques du col de l'utérus. "

Ruge et Veit ont décrit une condition spéciale des glandes, qui forme une transition entre la formation bénigne et l'altération maligne. Ils attachent une grande importance à l'invasion des glandes par les cellules épithéliales; ils s'accordent en cela avec Thiersch et Waldeyer. L'auteur croit que la signification de ces phénomènes a été exagérée.

La question présente un grand intérêt pratique au point de vue du diagnostic microscopique des affections suspectes du col de l'utérus, car il est admis que l'on ne peut pas se fier à l'œil ou au toucher seuls, et l'examen microscopique décide si l'on doit avoir recours à l'hystérectomie vaginale ou à l'amputation du col.

Dans la majorité des cas de Ruge et Veit, le carcinome ne se développa point dans la glande, nouvellement produite, mais sous forme de masses cellulaires, contenues dans des alvéoles de tissu conjonctif; il n'y avait donc pas de rapport évident entre l'épithélium de la surface et les glandes.

Dans quatre observations sur vingt-deux, Ruge et Veit ont trouvé des apparences de solidification dans les glandes, et leur envahissement par l'épithélium; l'auteur trouve que cette condi-

tion ne saurait indiquer que la présence d'adénome, et non de carcinome.

Il faudrait pour cela qu'il se développât des altérations dans le tissu conjonctif entre les glandes.

Cependant, il ne faut pas exclure la possibilité de cancer, parce que le diagnostic n'est pas assuré et il vaut mieux exciser largement les tissus altérés.

Il est utile de cautériser la plaie après l'ablation du carcinome, pour empêcher l'infection de se propager par les vaisseaux et les lymphatiques qui ont été ouverts dans le cours de l'opération.

Le docteur Franklin H. Martin, de Chicago, lit un mémoire intitulé: " Traitement des fibromes de l'utérus, par des courants électriques forts, mais à dosage exact."

La méthode instituée par le docteur Apostoli constitue un agent thérapeutique rationnel pour le traitement des fibromes utérins sans douleur, donnant des résultats excellents. L'observation de ses principes et une série d'expériences pratiques, permettent à l'auteur de déterminer un dosage exact, par lequel il peut employer l'électricité, sans jamais dépasser les limites de la tolérance, même chez les malades les plus sensibles.

Les expériences démontrent qu'un courant de force définie, passant pendant un temps défini, produit un effet local déterminé, au point où se place un électrode actif de surface définie. Si l'on veut obtenir les effets locaux caractéristiques de l'électricité sur la muqueuse de l'utérus, ou si l'on veut arrêter une hémorrhagie, il est nécessaire de faire l'application d'un courant de vingt-cinq milliampères pour chaque centimètre carré, pendant cinq minutes. A ce taux-là, il faudrait pour la cavité utérine, avec un électrode d'Apostoli de vingt centimètres de long, un courant de cinq cents milliampères; il faudrait également que la répartition se fit d'une manière égale sur toutes les parties de la surface. Dans beaucoup de cas, un courant de cette force ne serait pas toléré; outre cela, il est improbable que la sonde répartirait le courant également, et qu'elle serait en contact avec la muqueuse utérine dans toute son étendue.

Pour obvier à ces inconvénients, le docteur Martin se sert d'électrodes construits de manière à ce qu'il puisse traiter successivement, chaque partie du canal utérin.

Il ne reconnaît que deux variétés d'opérations:

1^o Galvanisme intra-utérin positif (galvano-caustie positive d'Apostoli.)

2^o Galvanisme intra-utérin négatif (galvano-caustie négative d'Apostoli.)

Ces opérations ne sont ni dangereuses ni douloureuses.

Les avantages principaux de cette méthode sont:

1^o Elle est absolument sans danger.

2^o Elle ne cause pas de douleur.

3^o Elle fait toujours cesser les hémorrhagies.

4^o Elle fait diminuer rapidement les tumeurs de volume.

5^o Elle soulage les douleurs névralgiques.

6^o Elle est basée sur des principes qui permettent un dosage exact.

Le docteur Thomas More-Madden, de Dublin, lit un mémoire intitulé : "Quelques considérations sur la pathologie et sur le traitement des lacérations du col de l'utérus."

C'est une question dont les gynécologistes de la Grande-Bretagne ne se sont occupés que fort peu, si bien qu'ils connaissent à peine l'opération d'Emmet et les indications pour la trachélorraphie.

Dans la pratique obstétricale, les lacérations du col donnent lieu à deux complications, auxquelles on ne fait qu'une allusion insuffisante dans les ouvrages anglais et américains relatifs à ce sujet ; ce sont, une hémorrhagie *post-partum* difficile à arrêter, et quelquefois la septicémie puerpérale.

On ne reconnaît pas assez l'avantage qu'il y a dans les lacérations très étendues, de pratiquer plutôt l'amputation du col que la trachélorraphie.

L'auteur se sert de l'écraseur ou du galvano-cautère.

Il est d'avis que la majorité des cas de lacération ne justifient aucune intervention chirurgicale ; mais dans les cas qui l'exigent, l'amputation du col enlève toute trace de tissu malade et empêche ces parties lacérées et hypertrophiées de devenir peut-être, plus tard, le siège de néoformations malignes.

Le docteur Leopold Meyer, de Copenhague, lit un article qui a pour titre : "Contribution à la pathologie de l'inflammation de la membrane interne de l'utérus (endométrite chronique du corps.)"

1^o (a) L'on trouve, en général, deux variétés de cellules ou plutôt de noyaux, dans le tissu intra glandulaire : les unes, dont les noyaux sont à peu près de la grandeur d'un corpuscule sanguin, se colorent à l'hématoxyline et au carmin, et ont des nucléus présentant rarement une condition granuleuse ; les autres ressemblent beaucoup aux cellules de la caduque.

(b) Cette seconde variété se trouve aussi bien chez la femme vierge que chez celle qui a été enceinte.

(c) Les deux variétés semblent provenir de cellules, qui existent normalement dans le tissu interglandulaire. La membrane normale contient des cellules de la deuxième espèce, pendant la menstruation.

(d) L'on trouve à part ces cellules, du tissu conjonctif et des corpuscules sanguins blancs.

2^o Dans l'endométrite chronique, l'épithélium peut retenir sa forme caractéristique, mais en général il s'altère.

Le docteur Alfred C. Garrett, de Boston, fait une communication sur "Le traitement des tumeurs du sein, par l'électrolyse."

Presque toutes les tumeurs du sein encore récentes guérissent par l'emploi de l'électricité; aussi doit-on s'efforcer de les diagnostiquer et de les traiter le plus tôt possible.

Il faut choisir avec le plus grand soin la forme d'électricité et son mode d'application; on se sert de courants galvaniques gradués, qui se donnent à l'aide de grands électrodes mous, qui se placent de chaque côté de la tumeur. L'on permet au courant de passer à travers celle-ci, pendant une demi-heure, à chaque séance. Il faut mesurer l'intensité du courant et l'augmenter petit à petit, jusqu'à ce qu'on ait une force de dix à cinquante milliam-pères.

Sur 186 tumeurs traitées depuis 1864, par l'auteur, 157 ont disparu définitivement.

Le docteur W. H. Weeks, de Portland, lit un mémoire sur : "Le myome pendant la grossesse."

La question d'une intervention est loin d'être décidée. Doit-on préférer l'avortement, ou attendre pour faire une laparatomie au moment des couches? L'auteur préfère la section abdominale, si l'on n'attend pas trop longtemps pour la pratiquer.

Les docteurs Graily Hewitt, de Londres, et Trenholme, de Montréal, considèrent que le contenu de l'utérus doit être enlevé lentement.

Le docteur Lawrence, de Bristol, examine la question suivante :

Doit-on permettre à une femme souffrant d'une tumeur fibreuse de se marier?

Il faut toujours expliquer à la malade les conséquences possibles d'une grossesse et d'un accouchement.

Le docteur Alexander Dunlap, de Springfield, lit un article intitulé : Histoire des premières ovariectomies en Amérique."

Les docteurs Kimball et Bozeman y contribuent de leur expérience personnelle.

Le professeur A. Cordes, de Genève, fait une communication sur "Le traitement médical topique du cancer utérin."

Après quelques remarques préliminaires générales, il attire l'attention sur le fait que les premiers symptômes sont obscurs et que l'hystérectomie est impossible dans certains cas, tels qu'adhérences, extension aux organes environnants. Il recommande alors l'emploi de la térébenthine.

Le docteur S. Laphorn Smith, de Montréal, lit un article intitulé : "Une nouvelle théorie sur les déplacements de l'utérus; leur traitement par l'électricité."

Le docteur Apostoli, de Paris, fait une communication sur "Quelques applications nouvelles du courant induit, ou faradique, à la gynécologie."

SECTION DES MALADIES DES ENFANTS.

Séance du mercredi, 7 septembre.

Le docteur Cyrus Edson, de New-York, lit un mémoire sur "Le lait dans les villes."

Il faut en bannir le lait impur ou infecté ; il devrait y avoir une inspection spéciale de tous les troupeaux d'un pays, afin de détruire les animaux souffrant de tuberculose et d'isoler ceux qui sont atteints de maladies contagieuses.

Le docteur Paul Redard, de Paris, fait une communication sur "Le traitement de tumeurs érectiles par l'électrolyse."

Il préfère la méthode de Ciniselli, de Crémone ; elle est peu douloureuse et ne laisse pas de cicatrice.

Le docteur de Valcourt, de Paris, lit un travail intitulé : "Le traitement de la tuberculose par les bains de mer."

Le docteur Isaac N. Love, de Saint-Louis, présente un mémoire qui a pour titre : "La cachexie des enfants."

Il passe en revue une catégorie de cas différents de ceux dont la cause est la tuberculose, la syphilis ou le catarrhe intestinal. Les muscles sont atrophiés, la peau est sèche et lâche, la figure est ridée et abattue

1o. La cachexie des enfants dépend originellement d'inactivité du système glandulaire ; une alimentation trop abondante ou insuffisante et de mauvaises conditions hygiéniques l'aggravent.

2o. Il faut, comme traitement, stimuler la sécrétion et l'excrétion ; dans ce but, il administre du calomel ($\frac{1}{2}$ gr.) et des grandes quantités d'eau.

3o. Quant au régime, le lait de la mère est en tout préférable, à défaut, il faut avoir une nourrice.

4o. Dans les cas dangereux, il faut ordonner des bains contenant un stimulant, ou de l'alimentation dissoute et le massage en modération.

Ensuite on fait la lecture d'un mémoire du docteur William Henry Day, de Londres, intitulé : "Quelques observations sur la cephalalgie chez les enfants et son rapport avec l'éducation mentale."

Le surmenage intellectuel est certainement la cause d'un mal de tête à symptômes nerveux spéciaux.

Le docteur William D. Booker, du John Hopkin's University, lit un article intitulé : "L'étude de quelques-unes des bactéries trouvées dans les selles d'enfants atteints de diarrhée."

Il en a découvert douze espèces différentes ; deux d'entre elles seulement, liquéfient la gélatine.

Les unes amènent la coagulation de la caséine avec une réaction acide, une seule espèce est accompagnée de réaction alcaline, une, donne au lait l'apparence de peptone, d'autres encore, n'y produisent aucune altération.

SECTION D'OBSTÉTRIQUE.

Séance du 7 septembre.

Discussion sur la section césarienne.

Le professeur Alexandre Simpson, d'Edimbourg, est de l'avis du docteur Lusk, bien qu'il ne convienne pas que l'on doive abandonner complètement la craniotomie. A Edimbourg elle est rarement indiquée, car les rétrécissements du bassin ne s'y rencontrent pas souvent.

Il divise en deux groupes, les cas dans lesquels la laparotomie est indiquée :

1° Lorsque le pronostic est grave à cause de la pré-existence de conditions inflammatoires ou septiques.

2° Lorsque nous pouvons choisir pour l'opération un moment et un emplacement tels que nous pouvons être certains de réussir.

La méthode que l'on doit choisir est celle de Sängér, à moins que l'utérus ne soit malade et que son ablation ne soit nécessaire. Dans ce cas, il ferait l'opération de Porro.

Le professeur August Martin, de Berlin, considère que la modification de Sängér est très importante, car elle en fait une opération peu dangereuse; cependant, dans les rétrécissements du bassin peu considérables, l'on doit, au préalable, avoir recours à d'autres procédés plus simples.

L'auteur a opéré dans un cas de grossesse compliqué de myome du col, ainsi que l'a fait Sängér. S'il existe un carcinome des organes pelviens, nous devons extraire l'enfant et essayer l'ablation de la tumeur. Si l'utérus est atteint d'affection septique, il faut l'enlever. Il a opéré sur une femme rachitique atteinte de désordres cardiaques et pulmonaires si graves, qu'il craignait que sa grossesse ne lui fût fatale; il a sauvé l'enfant et la mère; celle-ci est morte ultérieurement d'accidents du côté des poumons.

Il faut une connaissance approfondie de la technique; avec elle l'opération de Sängér ou de Porro est justifiée. Les statistiques de cette dernière sont peu favorables, à cause d'opérations italiennes faites dans des conditions déplorable.

La section césarienne permet une guérison complète, tandis que l'opération Porro abolit les fonctions reproductrices de la femme.

La laparotomie doit se faire dans les cas où la délivrance, par le bassin, d'un enfant vivant, semble impossible; lorsque des néoplasmes rétrécissent le diamètre du canal ou compliquent le cours de la grossesse, et où il existe des maladies qui, pendant l'état puerpéral, mettraient en danger la vie de la mère et de l'enfant.

Si nous croyons que la mère pourrait supporter une autre grossesse, choisissons la section césarienne; si non, adressons-nous à l'opération de Porro.

Le docteur Joseph Taber Johnson, de Washington, croit comme Lusk et Wathens, que le retard ou l'emploi antérieur de d'autres

méthodes est souvent fatal. Les résultats étonnants obtenus à l'étranger, dépendent de l'habileté déployée par des opérateurs expérimentés.

Le docteur Balls-Headley, de Melbourne, conseille la section abdominale, dans les rétrécissements du bassin et dans le carcinome du col. Pour lui, l'opération est facile.

Le docteur Doléris, de Paris, partage l'opinion de Lusk et de Martin. Il conseille l'emploi de la ligature élastique.

Le docteur W. W. Jaggard, de Chicago, trouve que dans les cas de rétrécissements, où l'enfant peut être délivré par les voies naturelles, il faut tenir compte des considérations suivantes :

1° La craniotomie n'exige pas d'habileté plus grande que ne possède tout bon obstétricien, s'il a à sa disposition les instruments nécessaires ; c'est-à-dire le trépan courbe et le cranioclaste de Braun.

2° La mortalité dans la craniotomie est pour ainsi dire nulle, si elle est pratiquée à temps, avec des précautions antiseptiques.

3° Il est difficile d'obtenir le consentement de la mère, à moins d'employer tous les moyens de persuasion.

4° Il existe beaucoup de sentimentalisme à l'égard de la valeur de la vie de l'enfant *in-utero*. L'intérêt qu'elle excite est purement scientifique, résultant souvent de la satisfaction que l'on éprouve d'avoir mené à bonne fin une opération scientifique difficile.

Le docteur William T. Lusk, de New-York, dit que les considérations émises par le docteur Jaggard, ne coïncident pas avec les faits qu'il a observés dans le cours de ses dernières investigations. La craniotomie est une opération difficile, qui nécessite de l'habileté et l'emploi de bons instruments. Sa dernière opération a été faite dans la salle commune, avec les précautions employées dans une laparatomie ordinaire. La compression qu'exerce la ligature élastique est dangereuse, car elle produit de la paralysie.

Le docteur J. A. Doléris, de Paris, lit un mémoire intitulé : "Le traitement et la restauration chirurgicale du col pendant la grossesse."

Il communique une observation dans laquelle le col avait subi une lacération étendue pendant une grossesse antérieure. La malade devint enceinte de nouveau, et souffrait d'un écoulement abondant, fétide, probablement bléorrhagique. Il existait de la douleur vaginale intense, et la cicatrice cervicale était très sensible au toucher. Tous les efforts thérapeutiques ayant échoué, il plaça quatre points de suture de chaque côté du col ; tampon de gaze iodofornée dans le vagin. Il obtint un résultat excellent, qui n'entrava en rien la marche de la grossesse. Il a, du reste, opéré plusieurs fois dans des circonstances analogues. Une lacération sérieuse peut amener l'avortement ou une fièvre puerpérale.

Au point de vue de l'avortement, le danger suscité par l'intervention est exagéré par la plupart des auteurs.

Le docteur Opie, de Baltimore, condamne toute opération sur le col pendant la grossesse, car elle tend à produire un avortement, même lorsqu'elle est pratiquée par un gynécologiste habile.

Le professeur Leischman, d'Angleterre, est du même avis, bien qu'il admette que c'est peut-être une idée préconçue chez lui.

Le docteur Doléris répond qu'il ne conseille l'opération que dans des cas bien marqués.

Le docteur Joseph Kücher, de New-York, lit un mémoire intitulé : " Du rapport entre l'atmosphère et la fièvre puerpérale."

Il rappelle l'importance de la ventilation parfaite des maternités, et pose la question suivante : Quelle influence l'air impur a-t-il sur la fièvre puerpérale? L'agglomération de malades dans la même salle ne saurait en être la cause, sans qu'il ait une source d'infection septique. L'air pur facilite la rapidité de la convalescence.

Le docteur Thomas More-Madden, de Dublin, présente un article intitulé : " De la prévention et du traitement de la septicémie puerpérale ; " la lecture en est faite par le secrétaire.

Les accidents fébriles qui suivent la grossesse ne sont que les manifestations d'une fièvre puerpérale spécifique, provenant, soit de l'inoculation par les microbes de maladies cliniquement identiques, telles que l'érysipèle et la scarlatine ; soit de l'infection par les microbes caractéristiques provenant de malades atteintes de fièvre puerpérale ; soit d'auto-infection, causée par un poison qui se développe dans l'organisme de la patiente elle-même. L'observation rigoureuse de précautions antiseptiques et hygiéniques peut réduire au minimum le nombre et la virulence des cas de fièvre puerpérale.

L'administration, pendant les derniers mois de la grossesse, des chlorates de fer, de potasse et de quinine ; constitue le traitement prophylactique. L'auteur conseille l'emploi local et général de mesures hygiéniques et antiseptiques : douches intra-utérines journalières de solutions phéniquées ; et l'administration de fortes doses d'ergot.

Lorsque la maladie s'est déclarée, il a recours à l'alimentation et aux stimulants, aux injections d'eau chaude, et à de fortes doses de quinine et de térébenthine.

Le docteur Charles Warrington Earle, de Chicago, lit un mémoire qui a pour titre : " L'étude de certaines questions se rapportant à la fièvre puerpérale, avec mention spéciale de la douche intra-utérine et de la curette. "

Il conclut que la maladie est toujours engendrée par des agents d'infection extérieurs ; pour lui, l'auto-infection n'existe pas. Les bactéries peuvent provenir de débris de placenta, de caduque, etc., laissés dans la cavité utérine.

Si les accidents ne cèdent pas à la douche intra-utérine, la curette doit être employée ; il faut choisir un instrument large et mousse, pratiquer l'opération avec douceur et observer la plus stricte antisepsie.

Il cite nombre d'observations qui ont donné un résultat satisfaisant.

Le docteur Lowrey Sibbet, de Carlisle, fait une communication sur "La prophylaxie de la fièvre puerpérale."

Il émet des opinions analogues à celles du docteur Earle.

SECTION DE CHIRURGIE.

Séance du 7 septembre.

Le docteur W. H. Hingston, de Montréal, discute la communication faite hier par le docteur McLean. Il diffère de lui en un seul point : la section abdominale. Il a pratiqué la laparatomie dans trois cas analogues. Deux de ses malades moururent de choc.

Le cas dans lequel il fit l'incision lombaire guérit sans complications.

Le docteur Edmond Owens, de Londres, remarque que le volume de la tumeur influe sur le choix de l'incision.

Le docteur Hardy, d'Indianapolis, cite un cas fatal après incision médiane.

Le docteur Lange, de New-York, préfère l'incision lombaire, quitte à inciser la tumeur elle-même, si son volume en entrave l'ablation.

Le docteur McLean termine en disant qu'il faut choisir l'incision lombaire toutes les fois qu'elle est possible.

Le docteur Richardson, de Boston, fait une communication sur "La gastrotomie pour corps étrangers dans la gorge."

Il présente un malade, âgé de trente-sept ans, à qui il a fait la gastrotomie pour l'extirpation d'une plaque dentaire, prise dans l'œsophage à 4 centimètres de l'orifice cardiaque. Il fut impossible de découvrir le point d'obstruction lors de l'entrée du malade à l'hôpital ; il fut renvoyé ne souffrant plus et avalant sans difficulté. Onze mois après, il revint, se plaignant beaucoup et ayant énormément maigri. L'auteur pratiqua la gastrotomie, avec incision assez grande pour admettre la main, et retira la susdite plaque. Malgré la présence d'un petit abcès, le malade guérit rapidement.

S'il avait pu déterminer le siège de l'obstruction, le docteur Richardson est persuadé qu'il aurait pu retirer la plaque à l'aide de pinces. Il a opéré soixante fois ainsi.

Le docteur F. S. Dennis, après avoir présenté des préparations de bacilles de la fièvre scarlatine, envoyées par le professeur Lee, d'Edimbourg, soumet un article intitulé : "Amputation à l'articulation la coxo-fémorale pour sarcome."

Les chirurgiens devraient faire le rapport de cas semblables avec le résultat, car sur vingt-huit observations il n'en a trouvé que deux, où les malades soient encore vivants. Il donne les points

principaux de l'histoire de son patient, qui est âgé de dix sept ans. La tumeur était longue de 10 pouces : sa circonférence était de 27.

L'opération fut facile et le malade guérit sans accident.

Les considérations suivantes rendent l'observation intéressante :

1° Il n'y avait pas d'antécédents héréditaires ; 2° Il n'y avait pas de cause excitante ; 3° La rapidité du développement ; 4° L'absence de tumeurs secondaires ; 5° La convalescence rapide, car le jeune homme se porte bien ; 6° L'importance de l'hémorrhagie secondaire ; 7° Le pronostic peu favorable ; 8° La confirmation du diagnostic par l'examen microscopique ; 9° La limitation de l'abcès au corps de l'os ; 10° L'absence de fracture spontanée du fémur ; 11° Les cellules mixtes volumineuses du sarcome ; 12° L'ablation complète de la tumeur par amputation à l'articulation coxo-fémorale et non au tiers supérieur de la cuisse.

Le docteur Garmody, de New-York, fait une communication sur " Le traitement chirurgical de l'aliénation mentale d'origine traumatique par la trépanation."

Il rapporte l'observation d'une jeune femme, trépanée dix ans auparavant pour fracture comprimant le cerveau ; des symptômes d'aliénation se déclarèrent et l'auteur fit de nouveau la trépanation. Guérison complète.

Sir James Grant dit que l'individu peu intelligent supporte mieux une fracture du crâne que celui qui est bien doué. L'éducation développe la sensibilité du cerveau.

— La fin au prochain numéro. —

FORMULAIRE.

Phthisie pulmonaire.—*Huchard.*

P.—Iodoforme.....	1 grain
Créosote.....	1 "
Benjoin.....	1 "
Baume de tolu.....	1 "

M.—Pour une pilule.

Dose : Deux à quatre pilules semblables, par jour.—*Medical News.*

VIN DE CHASSAING : Dyspepsie. }
BROMURE FALIÈRES : Affections nerveuses. } VOIR
PHOSPHATINE FALIÈRES : Alimentation des Enfants. } aux
 } Annonces

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : Dr. A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef : Dr. H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction : - - - Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, OCTOBRE 1887.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tirolr 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tirolr 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **63.00 par année** pour les médecins, et de **22.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée semestrielle a eu lieu, le 28 septembre dernier, à l'Université Laval, à Québec. La séance a été ouverte vers dix heures. Le président, le Dr. Hingston, étant absent, l'hon. J. J. Ross, vice-président pour Québec, prit le fauteuil. Étaient présents : MM. les Docteurs J. L. Leprohon, vice-président pour Montréal ; A. G. Belleau, Québec, et F. W. Campbell, Montréal, secrétaires ; Léonidas Larue, régis-trateur ; E. P. Lachapelle, trésorier ; E. A. de St. George, M. P., C. S. Parke, R. F. Rinfret, M. P. P., A. A. Watters, C. E. Lemieux, sr., L. J. A. Simard, Québec ; T. A. Roger, R. A. Kennedy, R. P. Howard, Robert Craik, L. B. Durocher, Montréal ; Malcolm Guay, M. P., St. Romuald ; L. T. R. Rousseau, St. Casimir ; P. E. Grandbois, M. P., Fraserville ; Tancrède Fortier, Ste-Marie de la Beauce ; J. E. Turcot, St. Hyacinthe ; Thomas Christie, sr., Lachûte ; J. A. Duchesneau, Terrebonne ; L. D. Lafontaine, St. Edouard de Napierville ; David Marcil, St. Eustache ; J. E. Badeaux, Trois-Rivières ; Thomas Larue, Compton ; F. Paré et F. G. Austin, Sherbrooke.

Le docteur Campbell, doyen du collège Bishop, annonce que le Dr Kennedy a repris sa place comme membre du Bureau.

Sur motion du Dr Howard, secondé du Dr Paré, les rapports des assesseurs de l'Université Laval de Québec et Montréal, et de l'Université Victoria, sont adoptés.

Le Dr Manseau, de Red Jacket, Michigan, demande au Collège

une nouvelle licence, la sienne ayant été brûlée. Cela lui est accordé sur motion du Dr Craik secondé par le Dr Larue.

Ont été admis à l'étude de la médecine, les messieurs suivants : Geo. Cloutier, John Busby, Sylva Lebœuf, G. Octave Johnson, Jules Chopin, Albert Aubry, Louis Coderre, Arthur Blouin, George Eugène Guillemette, Adélard Bazin, Aquila Pichette, Alexis Bellemarre, Charles Edouard L. Auger, Wilfrid Beaudoin, Gédéon Blanchet, P. B. Boisseau, Léger Brousseau, Achille Chandonnet, Achille Dagenais, Osias Daigneault, James E. Kearney, P. O. Lauzon, Ovide Normandin, R. Auguste Paradis, J. N. Perreault, Jos. Poupart, F. de S. Prévost, C. A. Prévost et G. W. Rourke.

Les gradués suivants reçoivent la licence du Collège : Joseph Despérance, Montréal ; Louis Joseph Octave Sirois, Bic ; Charles Onésime Honoré Desilets, Bécancour ; Siméon Eugène Grondin, Québec ; Paul F. Brière, Thetford Mines ; Nazaire Napoléon Gingras, St-Nicolas ; George Tremblay Bélanger, Sherbrooke ; Pierre Julien Bissonnette, St-Esprit ; James H. Brodie Allan, John W. Sterling, Joseph Arthur Daigneault, Sévérin J. Girard, Arthur Delisle, Kenneth Cameron, Montréal ; Joseph S. E. Ferland, Ste-Julienne, comté de Montcalm ; Vincent Howard Morgan, Rivière Beaudet ; Antoine Alfred Duhamel, St-Justin de Maskinongé ; Wm. Christie, Lachute ; Charles Edouard Raseoni, Pierreville.

Le Dr. Howard présente un mémoire d'objections des universités McGill et Bishop à l'Acte médical proposé.

Le Dr. Lachapelle lit clause par clause le projet de loi médicale qui sera soumis à la législature à la prochaine session. (1)

Les docteurs Howard et Campbell proposent en amendement que la clause 7 du présent acte demeure maintenant en force et soit substituée à la clause 24 du projet de loi proposé. En d'autres termes, qu'il n'y a pas un bureau central d'examineurs pour l'obtention de la licence.

Cet amendement est rejeté sur la division suivante :

Pour.—Docteurs Howard, Craik, Christie, Roger, Kennedy, Austin, Lemieux, Simard, Durocher, Campbell.—10.

Contre.—Docteurs Lachapelle, Duchesneau, Lafontaine, Thos. Larue, Grandbois, Paré, Rousseau, Marci, Turcot, Watters, St-George, L. Larue, Guay, Badeaux, Fortier, Rinfret, Belleau.—17.

A la clause 25, sur motion proposée par le Dr. Marci secondé par le Dr. Simard, il est résolu, sur division de 16 pour et 12 contre, que l'examen à l'étude et à la pratique de la médecine ait lieu le premier mercredi de juillet.

A la clause 27, le Dr. Howard propose, secondé par le Dr.

(1) Nous publierons, dans notre prochaine livraison, ce nouvel acte médical, tel qu'amendé par le Bureau à la présente réunion.

Christie, que l'examen préliminaire à l'étude de la médecine ait lieu devant les sections catholique et protestante du Conseil de l'instruction publique. Cette proposition est rejetée par un vote de 7 pour et 19 contre.

L'acte sera mis en force le 1er juillet 1888.

Il est résolu que le projet de loi en question soit référé de nouveau au comité des amendements pour être traduit et imprimé en anglais et distribué aux membres du Bureau qui parlent cette langue, et enfin que le comité prenne les mesures nécessaires pour le faire adopter par la législature.

Une résolution de condoléances a été proposée par le Dr. L. Leprohon, secondé par le Dr. L. Larue, au sujet de la mort du Dr. Badeaux, sr., de Trois-Rivières, ancien gouverneur du Collège et l'un des doyens de la profession médicale du Canada.

Des remerciements sont ensuite votés à l'Université Laval, sur motion du Dr. Campbell, secondé par le Dr. Duchesneau.

Des remerciements sont aussi votés, sur motion du Dr. L. Larue, secondé par le Dr. Belleau, à M. le Dr. Leprohon, vice président, qui a remplacé au fauteuil le Dr. Ross, forcé de s'absenter pendant la réunion.

L'ajournement a eu lieu à six heures et dix minutes, après une assemblée des plus importantes et des plus courtoises en ce qui concerne la discussion.—*Communiqué officiel.*

Le Congrès de Washington.

Nous publions aujourd'hui, à l'exclusion de toute reproduction, la première partie du compte rendu des séances du neuvième Congrès international de médecine et de chirurgie tenu à Washington au commencement de septembre dernier. L'espace nécessairement très limité dont peut disposer une revue mensuelle comme la nôtre, ne nous permet pas de donner à nos lecteurs un rapport très détaillé. Nous avons même dû nous borner à publier seulement les comptes-rendus des séances générales du Congrès et de celles des principales sections : médecine, chirurgie, obstétrique, gynécologie, thérapeutique, pédiatrie, dermatologie et syphiligraphie, et cela, dans le but de rendre le rapport en question plus intéressant pour la grande majorité de nos lecteurs en ne leur offrant que des sujets essentiellement pratiques.

On pourra voir, en parcourant ce compte-rendu, quelle somme de travail s'est faite au sein du Congrès de Washington. Il est cependant juste de dire que le Congrès n'a pas eu tout le succès qu'on était en droit d'en attendre. On sait que le comité d'organisation nommé lors du Congrès de Copenhague, ayant presque aussitôt donné sa démission, et cela pour des raisons restées assez vagues, avait dû être remplacé par un autre comité qui,

malgré tous ses efforts, n'a pu s'assurer le concours de toutes les sommités médicales des Etats-Unis. Un petit nombre seulement ont répondu à l'appel, et l'on a remarqué, avec regret, l'absence d'hommes tels que Bartholow, DaCosta, H. C. Wood, Osler, Agnew, Jacobi, Billings, etc. Si nos voisins avaient su mettre de côté les petites jalousies de clocher et de mesquines considérations personnelles, peut-être le succès du Congrès n'eût-il pas été compromis comme il l'a été. Quoiqu'il en soit, beaucoup de médecins étrangers se sont sentis mal à l'aise au sujet de ces dissensions, et ont pu craindre de ne pas trouver à Washington un recueil aussi empressé que celui que leur avaient fait, les années précédentes, leurs confrères de Londres et de Copenhague. De là, le fait qu'un petit nombre seulement de célébrités médicales européennes ont pris part aux délibérations du Congrès, ce qui est on ne peut plus regrettable. Ces réserves faites, nous n'avons que des éloges à adresser à ceux qui ont présenté des travaux, tant aux séances générales qu'aux séances des sections. Le résumé que nous en donnons ici suffira, nous l'espérons, à faire apprécier la valeur scientifique de ces communications.

Visiteurs distingués.

Le Congrès de Washington a fourni à la profession médicale Canadienne-française l'heureuse occasion de témoigner de ses sentiments confraternels envers les délégués venus de France. Ceux-ci, désireux de voir de plus près le jeune peuple issu d'une poignée de français n'ont pas voulu dire adieu à l'Amérique sans venir constater par eux-mêmes la vérité sur tout ce qu'on dit de nous là-bas. C'est ainsi que nous avons eu, vers la mi-septembre, la visite de MM. Léon LEFORT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, Ch. ABADIE, ancien interne des hôpitaux de Paris, J. RECAMIER, interne des hôpitaux (hosp. St. Antoine) aide d'anatomie à la Faculté, et BARATOUX, chargé d'une mission scientifique officielle au Canada et aux Etats-Unis. Nous y joignons le nom de M. Georges ASSAKY, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Bucharest, rédacteur en chef des *Archives roumaines de médecine et de chirurgie*.

Si ces visiteurs distingués nous ont fait le plus grand honneur en se rapprochant ainsi de nous et en nous permettant de leur exprimer nos sentiments tout français, nous avons cependant deux regrets à exprimer, et ces regrets ont principalement trait à la visite de M. le professeur LEFORT.

Il n'eût été que juste, croyons-nous, que M. LEFORT nous eût, quelques jours à l'avance, prévenus de son arrivée. En sa qua-

tité de représentant de la Faculté de Paris, il avait droit à une réception officielle, et tout le corps professionnel, tant canadien-français qu'anglais, eut été fier de lui offrir l'expression de sa haute admiration, et pour les qualités personnelles du professeur, et pour la grande Faculté qu'il représentait si dignement. Puisse au moins l'humble mais sympathique accueil qui lui a été fait à l'hôpital Notre-Dame lui avoir prouvé combien vif a été le plaisir causé par sa visite et jusqu'à quel point nous avons désiré honorer en lui l'École illustre à laquelle plusieurs d'entre nous ont puisé la science médicale. En second lieu, la visite de M. LEFORT a été par trop rapide, et vingt-quatre heures de séjour à Montréal ne pouvaient suffire à lui faire connaître le Canada français. L'éminent professeur ne nous devait-il pas, ne se devait-il pas à lui-même de prolonger sa visite au milieu de nous, quand ce n'eût été que pour nous donner occasion de lui souhaiter plus convenablement la bienvenue? D'ailleurs, on nous permettra cet aveu, nous avons besoin de lui, nous avons besoin d'être encouragés dans les luttes que nous avons à livrer chaque jour pour l'avancement et le progrès de la science médicale au Canada. Colonie perdue pour ainsi dire dans cette immense Arctique du Nord, nous en sommes encore à nos débuts scientifiques, et ce que nous possédons nous vient de cette chère France que nous regrettons toujours. Nous eussions aimé voir plus longuement le distingué représentant de la Faculté de Paris, lui dire nos besoins, nos aspirations, le mettre au courant de l'organisation de notre enseignement médical, et en recevoir des conseils dont la compétence et l'autorité eussent fait loi pour nous. Ces regrets, M. LEFORT voudra bien ne pas trouver mauvais que nous les lui exprimions tels que nous les avons éprouvés, en lui offrant l'expression réitérée de nos remerciements pour l'honneur que sa visite nous a fait.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La fièvre typhoïde est en décroissance à Montréal.

M. le Dr A. F. DAME a laissé Louisville pour aller pratiquer à Calgary, T. N. O.

Le dixième Congrès international de médecine et de chirurgie se tiendra à Berlin en 1890.

L'empereur d'Autriche vient de conférer à M. PASTEUR l'ordre de la Couronne de fer, qui donne droit à la particule et au titre de baron.

On offre en vente une collection complète et très bien conservée, de L'UNION MÉDICALE DU CANADA. S'adresser au docteur L. E. Dabord, Champlain, P. Q.

Nécrologie.—A St. Germain en Laye, M. le Docteur GIRAUD-TEULON, bien connu par ses travaux en ophtalmologie et en mécanique animale.—A New-York, Alonzo CLARK M. D., professeur de pathologie interne au *College of Physicians and Surgeons*.

Ecole vétérinaire canadienne-française, affiliée à l'Université Laval.—Les cours de cette institution ont été ouverts le 3 octobre. Quarante-six élèves se sont déjà inscrits et suivent les cours régulièrement.

Montreal College of Pharmacy.—Les élèves canadiens-français suivant les cours de cette institution ont obtenu du Conseil de l'Association Pharmaceutique que les cours leur soient donnés par des professeurs parlant le français, et que les examens soient également faits en français. M. C. A. Pfister, professeur à l'Ecole polytechnique, a été nommé professeur de chimie, et M. le Dr H. E. Desrosiers, professeur à l'Université Laval, a été chargé du cours de matière médicale.

Université Laval, Montréal.—La rentrée des Facultés a eu lieu lundi, 3 octobre. En l'absence de Sa Grandeur Mgr l'Archevêque de Montréal, Vice-Chancelier de l'Université, la séance solennelle d'ouverture a été remise à jeudi le 13. Cette séance aura lieu au *Queen's Hall*, rue Université, à 8h. du soir, et sera présidée par Son Eminence le Cardinal Taschereau, archevêque de Québec, visiteur de l'Université.

Il y a vingt-sept inscriptions nouvelles à la Faculté de médecine cette année, ce qui porte à soixante douze le nombre des élèves de cette Faculté. Les cours se donnent dans l'ordre indiqué dans notre dernier numéro, à l'exception du cours de médecine légale (Prof. E. P. LACHAPPELLE) remis au second terme, et remplacé par celui de Thérapeutique (prof. H. E. DESROSIERS) ce dernier se donnant à 4h. p. m.

Le concours ouvert, il y a plus d'un an déjà, pour la préparation des plans de la succursale, s'est terminé le 1er mai dernier, et ce n'est que vers la mi-septembre que le jury a pu rendre sa décision. Le premier prix (\$700.00) a été accordé à MM. Perrault et Mesnard, architectes de Montréal. Ces messieurs seront chargés de la direction absolue des travaux de construction, lesquels commenceront dès le printemps prochain. On espère que les bâtisses de la Faculté de médecine et de la Bibliothèque seront prêtes pour le 1er octobre 1889. Le coût total des édifices universitaires atteindra probablement un million de dollars.

NAISSANCE.

BRIEN.—Au Sault-au-Récollet, le 1er septembre, la dame du Dr. S. Brien, une fille.

DÉCÈS.

BRIEN.—Au Sault-au-Récollet, le 15 septembre, est décédée Octavie Alphonsine Angéline, enfant du Dr. S. Brien.