

# LA CLINIQUE

LA CLINIQUE est publiée le 1<sup>er</sup> de chaque mois.

L'abonnement est d'un dollar par année, **payable d'avance**. Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> Août de chaque année.

Toute correspondance ayant rapport à la rédaction doit être adressée au rédacteur en chef, boîte de Poste 2175 et à l'administration, à Victor Rougier, 55, rue St-Sulpice ou Boîte de Poste 2175.

Les articles devront être envoyés avant le 15 du mois

Sur demande à l'administration, il sera envoyé 25 copies de chaque travail original.

Il est bien entendu que tout travail devant être publié sous le titre de travail original ne devra être écrit que pour LA CLINIQUE.

Les manuscrits refusés ne sont pas rendus.

---

## SOMMAIRE DU MOIS DE NOVEMBRE

---

A MES LECTEURS . . . . .	<i>F. X. DeMartigny</i>	141
DES DIVERSES VARIÉTÉS DE FISTULES URÉTRALES	<i>Dr A. Guépin</i>	145
SUR LA CHIRURGIE DU BRONCHOÈLE	<i>Francis J. Shepherd, M.D.</i>	152
CHRONIQUE MÉDICALE . . . . .	<i>J. M. Beausoleil</i>	164
TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION		176
THÉRAPEUTIQUE		
Syphilis . . . . .	<i>Dr Georges Lemoine</i>	178
SECOURS ET ASSURANCE . . . . .	<i>J. M. Beausoleil</i>	187

---

## SANMETTO Pour les maladies des Organes Génitaux-Urinaires

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un  
Véhicule Aromatique agréable

Le Tonique Vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILES DANS LES  
Affections Prostatiques des Vieillards—L'Impuissance Sénile—La  
Miction Difficile—L'Inflammation de l'Uréthre—Les Dou-  
leurs Ovariennes—L'Irritation de la Vessie

D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

Dose : Une cuillerée à café  
quatre fois par jour.

**OD CHEM. CO., NEW-YORK**

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

Vol. IV

NOVEMBRE 1897

N° 4

## A MES LECTEURS

---

MES CHERS LECTEURS,

Je suis à Montréal depuis quatre jours. Je repars après demain pour Paris. Je ne suis venu dans notre bonne ville que pour régler certains changements dans l'administration de LA CLINIQUE, et je ne voudrais pas repartir sans vous en faire part. J'ai pour cela une bonne raison que je ne vous dirai qu'à la fin de cet article écrit à la hâte, entre une audition de comptes et la signature d'un contrat, et pour laquelle je réclame de vous cette précieuse indulgence que vous m'avez si souvent témoignée.

Dans la lettre que je vous adressais au commencement de l'année je vous disais ceci, ou à peu près :

“Toute entreprise a des débuts difficiles.

J'espère que cette période redoutable est enfin passée. Et si j'ai pu mener à bonne fin la publication des trois premières années de LA CLINIQUE, alors que sans expérience, sans argent, sans collaborateurs, j'avais à lutter contre une revue ancienne, ayant l'oreille de la faculté, n'ai-je pas le droit de bien augurer de l'année qui commence, maintenant que je peux offrir à mes lecteurs un journal rédigé avec le plus grand soin ; imprimé dorénavant sur beau papier ; irréprochable au point de vue typographique, un journal ayant augmenté le nombre des pages de matière à lire sans, pour cela, avoir songé à élever le prix de l'abonnement ?”

— Eh bien, mes chers lecteurs, le succès a déjà dépassé mes plus belles espérances d'alors.

Pour procéder avec ordre je vous dirai d'abord que mon ami, monsieur Victor Rougier, qui occupe dans le commerce de Montréal, une situation plus qu'enviable et dont la réputation comme homme d'affaires n'est plus à discuter, a bien voulu, au cours d'un récent voyage à Paris, s'intéresser à ma chère revue — et la faire connaître aux propriétaires des plus importantes et des plus sérieuses spécialités pharmaceutiques de France.

Connue, LA CLINIQUE a été appréciée, et les plus indifférents de ces messieurs lui ont offert avec plaisir les annonces qui sont, vous le savez, le nerf de la guerre en matière de journalisme.

Bien plus, malgré ses occupations si nombreuses déjà, monsieur Victor Rougier a bien voulu accepter de se charger de l'administration de LA CLINIQUE — dont le succès est certain de ce fait. Dès aujourd'hui, en effet, la situation financière de LA CLINIQUE est assurée, brillante même.

Monsieur Rougier et moi, avons voulu suivre l'exemple des grands journaux de médecine américains et séparer complètement l'administration et la rédaction.

A Monsieur Rougier l'administration et les questions d'affaires. Je vous assure que vous n'y perdrez pas, car il veut faire de LA CLINIQUE une revue absolument irréprochable. Ce n'est pas pour lui une question d'argent — bien au contraire. Et si je ne craignais de commettre une grave indiscretion, je vous avouerais qu'il en fait une question de sentiment, de patriotisme, de..... Mais je ne veux rien vous dire de tout cela aujourd'hui.

Ce que je peux vous apprendre, par exemple, c'est que le tirage du journal sera porté à 2,500 ; que la distribution en sera faite gratuitement aux étudiants de troisième et quatrième année qui en feront la demande ; que le papier sera de première qualité, (la typographie continuera d'être parfaite, car mon ami, M. Pelletier, réservera tous ses

soins à cette partie) ; que nous publierons couramment des illustrations très soignées et très intéressantes.

Monsieur Rougier s'est adjoint un agent, chargé spécialement de visiter les abonnés ; de s'enquérir de leurs plaintes (s'il y a lieu d'en faire) et de mettre ordre à ces erreurs si regrettables et si fréquentes des années passées ; erreurs souvent impardonnables et que, pourtant, vous m'avez pardonnées.

Plus d'erreur dans la distribution ; plus de retard dans l'envoi du journal, voilà ce que vous promet monsieur Victor Rougier.

Voilà ce qu'il tiendra.

A moi ; la rédaction.

Vous dirai-je que j'y apporterai tous mes soins ?

Non. Ceci, vous n'en doutez pas. LA CLINIQUE est ce que j'ai de plus cher au monde et ce n'est pas le moment où elle est le plus prospère que je choiserais pour la négliger.

N'étant plus préoccupé par les soins de l'administration je pourrai soigner d'avantage l'unique partie qui me regarde maintenant.

Je veux surtout que LA CLINIQUE vous tienne au courant des questions d'intérêt professionnel.

Aucune question n'est plus intéressante que l'enseignement médical — LA CLINIQUE s'en occupera sans relâche — ainsi d'ailleurs, qu'elle l'a fait depuis le commencement.

Comme toujours elle sera pour le progrès contre la routine !

Depuis plus d'une année que je suis à Paris, je me suis convaincu, de l'immense avantage qu'il y aurait pour le pays si, tous les ans, se faisaient plus nombreux les jeunes et nouveaux gradués qui partant pour la ville lumière, pour la mère-patrie, qui est bien une mère, à tous points de vue, pour les canadiens qui se réfugient dans son sein, pour y puiser les éléments de cette science

qu'elle nous offre avec tant de générosité. J'y travaillerai de toutes mes forces.

J'espère que vous tous, mes anciens fidèles, et vous aussi, nouveaux abonnés dont les noms sont venus grossir mes listes cette année, vous serez satisfaits de mes efforts.

Car si j'ai tant à cœur que la rédaction soit à la hauteur, certes c'est par attachement à mon cher journal, à mon œuvre, mais aussi, et j'espère que vous ne doutez pas de ma sincérité, c'est beaucoup, oui beaucoup, pour vous.

Pour vous qui m'avez soutenu ; qui m'avez encouragé ; qui, par votre bon vouloir, votre indulgence à toute épreuve, avez fait que LA CLINIQUE est ce qu'elle est aujourd'hui.

Car de tout cela je me souviens et suis reconnaissant. Et si je vous ai entretenu si longuement de toutes ces choses, c'est que LA CLINIQUE est votre œuvre, à vous aussi, et qu'il me semble que vous devez vous intéresser à la prospérité de cette revue que vous avez fondée avec moi ; soutenue avec moi, et faite ce que vous la voyez.

Au revoir donc, mes chers lecteurs, et merci encore une fois de l'encouragement que vous m'avez donné et de celui que j'attends encore de vous, maintenant que j'ai tout lieu de croire que je le pourrai mériter.

F. X. DE MARTIGNY.

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

## Des diverses Variétés de Fistules Urètrales

PAR

Le Docteur A. GUÉPIN

Professeur libre de chirurgie des voies génito-urinaires. Membre  
de la Société de Médecine de Paris, etc.

Si, à la connaissance des diverses variétés de fistules urétrales ne s'attachait qu'un intérêt théorique, si leur différenciation n'était réellement indispensable qu'au point de vue didactique, je laisserais de côté une question sortant du cadre ordinaire de mes travaux. Mais au contraire, chaque variété de fistule, en raison soit de sa nature, soit des rapports qu'elle affecte avec le canal urinaire et les lésions péri-urétrales ou intra-urétrales dont elle est une complication, demande un traitement spécial. Je m'attacherai surtout à traiter ici brièvement quelques points peu connus de ce vaste sujet.

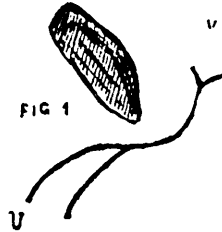
Les fistules de l'urètre sont :

1° CONGÉNITALES, au sens propre du mot, c'est-à-dire, existent depuis une période variable du développement fœtal (1), mais ne révèlent souvent leur existence que dans la jeunesse, alors qu'une infection (blennorrhagie) attire sur les organes génitaux l'attention du malade et du médecin (2). Ces fistules congénitales forment deux groupes distincts : a. *Les urètres doubles* ; b. *Les conduits para-urétraux*.

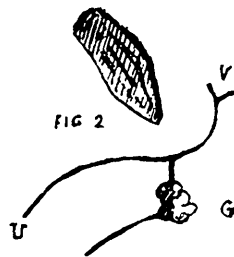
(1) *Reliquet et Guépin*. — Les Glandes de l'Urètre, T. I (Développement) Paris, 1894.

(2) *Reliquet et Guépin*. T. I, page 9.

La définition "d'urètre double" se conçoit facilement et l'ablation du trajet anormal avec suture du canal nor-



mal au point de fusion, — quand elle est possible — constitue le procédé curatif de choix. Il va de soi qu'avant d'entreprendre l'excision du conduit surnuméraire, on aura calibré l'urètre vrai dans toute sa longueur. Les conduits para-urètraux, qui ne livrent jamais passage à l'urine, aboutissent ordinairement à des glandes à mucus (1). Il



n'est pas un fait, à notre connaissance, où l'on ait démontré indiscutablement qu'ils puissent servir de conduit excréteur à des lobules prostatiques aberrants (2). Il résulte toutefois de leur disposition, qu'il y a lieu de détruire le

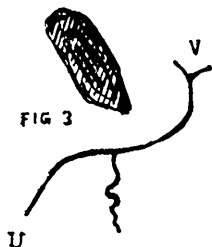
(1) *Reliquet et Guépin*. T. I, p. 10 et suivantes.

(2) *Reliquet et Guépin*. T. I, (Anomalies des conduits excréteurs glandulaires, chap. I, § 2). La plupart des conduits para-urètraux ne communiquent pas avec l'urètre ; mais alors ce ne sont plus des fistules urétrales.

corps glandulaire siégeant à leur extrémité, surtout si celui-ci est infecté. La guérison peut être obtenue sans avoir pris cette précaution parfois indispensable, la glande ayant un autre canal excréteur ouvert dans l'urètre (figure II).

2<sup>e</sup> ACQUISES ; et, ces dernières résultent de l'ouverture spontanée d'un abcès péri-urétral à la peau, dans un organe de voisinage (rectum, vagin), d'une perte de substance, de l'incision des tissus sains, mais le plus ordinairement malades. Les fistules acquises sont *urinaires* ou *non urinaires*, c'est-à-dire qu'elles laissent ou ne laissent point passer l'urine en quantité appréciable, à tout instant ou au moment de la miction.

Une telle distinction, peu importante en apparence, répond à des différences capitales. Il est désormais inutile d'insister sur les caractères et les procédés de traitement



des fistules urinaires ; on pourra les comparer, sans qu'il soit nécessaire d'avoir un texte sous les yeux, avec les fistules urétrales non urinaires, plus rares, ne se rencontrant guère que chez l'homme (1), offrant une symptomatologie des plus nettes et réclamant une thérapeutique à part.

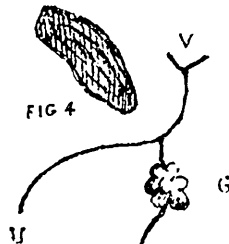
Vaguement soupçonnées, depuis longtemps (Swicdaur) décrites comme des anomalies ne méritant point de fixer

(1) Le peu d'abondance (relative) et de développement des glandes urétrales de la femme explique vraisemblablement ce fait.



longtemps l'attention, réputées très difficiles à guérir, sinon incurables souvent <sup>(1)</sup>, ou considérées comme de simples fistules sans connexion (digne d'intérêt) avec les glandes, étudiées cependant par Gubler <sup>(2)</sup>, Coulliard <sup>(3)</sup>, Gruget <sup>(4)</sup>, Mauriac <sup>(5)</sup>, leur histoire ne fut réellement écrite que par Reliquet. Portant de nombreux faits positifs personnels ou empruntés aux auteurs les plus autorisés, il montra que ces fistules ne succédaient point toujours aux abcès des glandes de Méry, mais que la suppuration ouverte de tout autre corps glandulaire pouvait avoir les mêmes conséquences ; il en fixa la physiologie et l'anatomie pathologiques, en étudia les symptômes, en établit le traitement, déjà conçu par Gruget avec une grande logique, dans ses points essentiels ; enfin, il leur donna le nom de fistules urétrales non urinaires qui désormais sert à les désigner.

Depuis lors, à part une discussion à la Société de Médecine de Paris et le chapitre consacré à cette question dans les "glandes de l'urètre," il n'a paru aucun travail que nous devions signaler.



(En rapprochant les figures I et III, II et IV, on est frappé d'une certaine analogie que le schéma fait ressortir beaucoup mieux qu'une description détaillée.)

- (1) Desprès, France Médicale, 1876.
- (2) Gubler, cité par Gruget.
- (3) Coulliard, thèse de Paris, 1876.
- (4) Gruget. De la fistule de la glande de Couper, thèse de Paris, 1876.
- (5) Mauriac, cité par Gruget.

## II

“ Il existe des trajets fistuleux consécutifs à des abcès périphériques à l'urètre, qui ne laissent point passer d'urine et qui cependant permettent à un liquide injecté par l'orifice cutané de la fistule de pénétrer dans le canal urinaire (1).” Dans la très grande majorité des cas, ils succèdent à une cowperite suppurée, ouverte spontanément à la peau, dans le rectum, ou incisée par le chirurgien. Mais toutes les glandes du canal, quel que soit leur siège et leur nature (glandes de Littré, prostate), peuvent aussi être le point de départ d'une fistule urétrale non urinaire.

Anatomiquement parlant, la fistule se compose de trois parties : 1° le trajet, qui de l'extérieur aboutit à la glande et dont l'espace sera décrit ; 2° la glande elle-même plus ou moins altérée ; 3° le conduit excréteur glandulaire souvent dans l'urètre, (voir figure IV).

Pour la commodité de la description clinique, prenons un exemple qui réponde aux conditions habituelles.

Un homme encore jeune, à l'occasion d'une blennorrhagie aiguë, de manœuvres violentes ou intempestives sur l'urètre sain ou malade, ou encore sans raisons suffisantes au premier abord, fait un abcès périnéal, parfois considéré comme urinaire, parfois au contraire s'attache à une glande de Méry. On l'incise rapidement. Pendant quelques jours, la plaie laisse écouler de l'urine et du pus (2) ; mais bientôt, on ne voit sourdre à l'orifice de la fistule, qu'une petite quantité de liquide ayant les caractères des sécrétions de la glande. Cependant la cicatrisation s'effectue peu à peu ; et, le malade se croit désormais rétabli quand survient un nouvel abcès, à peu près au même point, s'ouvrant rapidement, se fermant lentement

(1) *Reliquet* : fistules urétrales non urinaires, (*loco citato*).

(2) *Cosselin, Reliquet*, ont rapporté des faits où la fistule a paru rester urinaire. En revanche, l'écoulement passager de l'urine peut faire absolument défaut.

et suivi d'une récidive à brève échéance. Quelquefois même la fistule persiste, entretenant une faible suppuration que rien ne parvenait à tarir avant que l'on connût les raisons de cette étonnante ténacité<sup>(2)</sup>. Ainsi, la fistule d'abord intermittente, devient permanente à la longue. Il convient de dire que dans le plus grand nombre des cas de cowperite suppurée, la guérison paraît s'effectuer complète et en peu de temps après l'évacuation du foyer purulent, quand l'urètre n'est point rétréci au devant de l'orifice des canaux excréteurs des glandes, (Ricord, Gubler, Tillaux, Mauriac).

Le malade est examiné ; la fistule siège dans une région périnéale limitée qui correspond à la glande intéressée ; elle conduit directement sur le corps glandulaire, sans décollements, sans clapiers, sans orifices multiples ; le périnée n'est pas déformé ; les tissus sont à peine rouges et indurés autour de l'orifice fistuleux ; celui-ci ne livre passage qu'à un peu de muco-pus, tandis qu'une injection colorée passe immédiatement dans l'urètre, démontrant qu'il s'agit bien d'une fistule urétrale. Le diagnostic est donc de la plus grande simplicité pour quiconque se donne la peine d'observer avec soin, d'écouter les renseignements fournis sur le début et la marche des accidents et de reprendre la lecture des travaux rappelés ici, trop souvent ignorés.

Deux hypothèses servent à expliquer le passage momentané de l'urine par la fistule : l'ulcération de la paroi de l'urètre à la hauteur de l'abcès glandulaire et la pénétration du liquide urinaire dans le trajet excréteur de la glande. Reliquet discute longuement cette pathogénie et en déduit le traitement que, comme conclusion, nous allons résumer en quelques lignes.

L'excision de la glande infectée et du trajet fistuleux est souvent impossible, parfois difficile, et à coup sûr, ne doit être tentée que quand les autres moyens moins héroïques, ont échoué.

(2) Desprès, loco citato.

Il faut : inciser le trajet fistuleux de la glande à la peau et le remplir de gaze antiseptique, pour empêcher la stagnation du pus dans un point quelconque et faire que la cicatrisation s'effectue de haut en bas, de la profondeur vers la superficie. Le pansement est diminué peu à peu de volume ; et, en dernier lieu, on le remplace par un petit drain qui occupe toute la longueur de la fistule ; il faut encore, plusieurs fois par jour, injecter dans la plaie une solution antiseptique très faible, (elle doit passer dans l'urètre), qui ressort par le méat et tend à maintenir l'élasticité du conduit excréteur glandulaire. Car, rétablir le cours normal des sécrétions de la glande vers l'urètre, c'est assurer la guérison.

---

Une dame anglaise vient de mourir à St-Petersbourg et sur la demande de la famille, le cadavre fut expédié en Angleterre. A l'ouverture du cercueil, les parents apperçurent au lieu de la chère morte qu'ils voulaient contempler une dernière fois, un général Russe dans son brillant uniforme. En réponse aux explications demandées, on répondit de St-Petersbourg, qu'il y avait eu erreur dans l'envoi du mort, mais que la famille avait tout lieu d'être satisfaite, attendu que la dame anglaise avait été inhumée avec toute la pompe militaire désirable.

Malgré ce glorieux enterrement, on dit que la famille de la morte n'a été qu'à moitié satisfaite.

Il arrive quelquefois qu'en essayant un anneau, on parvient à le faire passer par dessus la jointure sans difficulté, mais qu'il est ensuite impossible de le retirer. Le *Monthly Retrospect* donne un moyen ingénieux de le faire. On passe un fil de soie très fort sous l'anneau, et on enroule l'extrémité inférieure de ce fil sur le doigt, à partir de l'anneau jusqu'à l'ongle. Il faut serrer fortement le fil sur le doigt. On déroule alors le fil par l'extrémité que l'on a passée sous l'anneau, en ayant soin de le tenir fortement en contact avec lui, et l'anneau sort facilement du doigt qu'il étranglait, en suivant le fil.

---

## SUR LA CHIRURGIE DU BRONCHOCÈLE<sup>(1)</sup>

PAR

FRANCIS J. SHEPHERD, M.D., O.M.

Professeur d'anatomie et lecteur sur la chirurgie opératoire à  
l'Université McGill, Chirurgien de l'hôpital général,  
de Montréal.

Il n'y a que vingt ans qu'une méthode scientifique de faire l'ablation, partielle ou totale, de la glande thyroïde, a été introduite dans la pratique de la chirurgie. En réalité, ce n'est que depuis l'adoption universelle de l'antiseptie chirurgicale, que l'on a obtenu quelques succès. Avant cette époque, quelques rares observations d'ablation de la thyroïde étaient rapportées de temps à autre, mais ces cas étaient pour le moins aussi souvent mortels, qu'heureux. Il est vrai qu'alors, on ne traitait chirurgicalement que les très grosses thyroïdes, car on ne demandait l'avis d'un chirurgien que si le bronchocèle devenait dangereux, gênait la respiration, ou la déglutition, et alors seulement l'opération était conseillée. Dans la forme kystique, on avait recours à la ponction, aux injections d'iode, ou aux sétons. Dans la forme solide, on employait l'iodure de potasse à haute dose à l'intérieur, et l'onguent de biniodure de mercure à l'extérieur. Feu Sir Morell-Mackenzie recommandait beaucoup les injections d'iode qu'il employait avec succès, (*Lancet*, mai, 1892), mais le danger de septicémie était si grand, que ce mode de traitement ne fut jamais populaire parmi les chirurgiens. Celse, Galien et plusieurs autres, recommandèrent l'excision du kyste, et elle fut remise en honneur à différentes époques, comme traitement nouveau. Le professeur Warren Green, de Portland, Maine, durant les dernières années, fit avec succès l'extirpation de plusieurs très grosses thyroïdes,

(1) Traduit de l'anglais avec permission de l'auteur.

dont l'une était excessivement vasculaire. (Am. Journ., Med., Sc., janvier 1871). Sa méthode était d'inciser la tumeur jusqu'au fascia propria de la glande, de diviser ce fascia avec soin sur une sonde canellée, en ayant soin d'éviter les veines les plus importantes, puis il énucléait la tumeur en dépit de l'hémorrhagie quoiqu'elle fut quelque fois, très abondante, puis il liait par section la partie postérieure, ou le pédicule, dans lequel pénétraient les artères, et enlevait la tumeur. Dans un cas où la tumeur était énorme, l'opération fut terminée en 22 minutes. Comme c'était alors la coutume, les ligatures étaient très longues, on faisait sortir leur extrémités à la partie inférieure de la plaie, et elles se détachaient dans l'espace d'environ trois semaines. Dans les trois cas qui ont été rapportés, la plaie a guérie rapidement par première intention sur tous les points, moins celui où les ligatures avaient été laissées. Le Dr Green dit en terminant son admirable travail : " Je désire soumettre ces observations à la profession, sans faire de commentaires. Ce sont les seuls cas dans lesquels j'ai jamais pratiqué l'excision du bronchocèle, et si ce sont les derniers, je ne le regretterai pas. Car, quoique le résultat ait été très heureux, je suis convaincu que pas un homme aimerait à être témoin de ces opérations, et encore moins à les pratiquer, ou pourrait envier celui que le sort a désigné pour les faire. Cependant sous de semblables circonstances, je ne reculerais pas devant la difficulté, et ce parce qu'il est démontré, que l'on peut pratiquer l'excision avec succès, même dans les plus mauvais cas ; et je crois que cette opération, exécutée comme je l'ai indiqué, peut réclamer une place aussi sûre, parmi les opérations, de dernier ressort, que l'amputation de la hanche. Ceci fait voir à quel point de vue les médecins du temps envisageaient la question, ils considéraient toute opération sur la glande thyroïde comme un dernier ressort, une opération que l'on pouvait tenter pour sauver la vie de son malade, mais jamais dans le but de le soulager, ou de le débarrasser

d'une difformité. Feu le professeur Geo. E. Fenwick, de Montréal, enleva avec succès, en 1872, un énorme goître cystique. (Can. Med. and Surg. Journal, Vol. 1, 1873).

D'après le mémoire de P. Bruns, lu au congrès allemand de chirurgie, de 1896, il n'y avait eu, avant 1877, que 150 cas d'extirpation totale de la glande thyroïde, avec une mortalité de 21 par cent. Durant les cinq années qui suivirent 1877, 240 opérations furent rapportées, avec une mortalité de 12 par cent. La diminution de la mortalité, et l'augmentation du nombre des opérations, sont dues, à une meilleure technique opératoire, à une meilleure méthode d'arrêter l'hémorrhagie, et à l'adoption générale des principes Listériens de chirurgie. La première empêche la mort d'arriver par hémorrhagie secondaire, et la dernière par infection de la plaie.

Au congrès allemand de chirurgie, de 1877, Rose fit connaître le résultat de ses recherches sur la cure radicale du goître par extirpation, et un an ou deux après, Billroth, Kochen, Socin, les deux Reverdins, et plusieurs autres, améliorèrent la méthode, ce qui réduisit encore la mortalité. Cependant, tout n'était pas aussi brillant qu'on pouvait l'espérer, il y avait un côté sombre au tableau. Les MM. Reverdins surveillèrent les suites de l'opération chez leurs malades pendant quelques années, et constatèrent que chez un certain nombre d'entre'eux, (environ 20 par cent, si je me rappelle bien), il existait quelque chose de curieux, quelque chose comme le myxœdème. Il y avait d'abord faiblesse des extrémités, accompagnée de froid, puis perte de l'appétit, lenteur du langage, diminution de la mémoire, anémie progressive, et chez un certain nombre, un œdème particulier, marqué surtout à la face. Ils remarquèrent que ces symptômes apparaissaient seulement quand toute la glande thyroïde avait été enlevée. Les MM. Reverdins attribuèrent cet état à la lésion des nerfs vaso-moteurs. Dans les cas où après l'extirpation complète de la glande, les patients restaient en bonne santé, la non apparition de la cachexie était attribuée à

l'existence de glandes surnuméraires, ou para-thyroïdes. Le mémoire des Reverdins n'attira pas l'attention à laquelle il avait droit, et ce ne fut que l'année suivante, au douzième congrès allemand de chirurgie, lorsque Kocher fit sa communication sur la cachexie strumiprive, que les chirurgiens furent frappés de l'importance des symptômes produits, par l'extirpation complète de la glande. Kocher a depuis, donné le nom de cachexie thyrioprive à la maladie produite par cette extirpation. Plusieurs moyens ont été préconisés pour prévenir l'éclosion de cette maladie, tel que les injections de glande thyroïde de mouton, dans la cavité péritoniale, ou sous les muscles pectoraux, mais ce n'est que depuis que l'on a découvert l'efficacité de l'administration interne des extraits animaux, que l'extrait de glande thyroïde a été administré contre cette maladie, et contre le myxœdème. Le Dr Chas. Murray a été le premier qui l'ait administré contre le goître. Aujourd'hui l'extirpation totale de la thyroïde est rarement tentée, si ce n'est dans les cas de tumeurs malignes, et l'on observe qu'exceptionnellement la cachexie thyrioprive. Vers 1886, le professeur Wœlfler introduisit la ligature des quatre artères thyroïdes, pour la guérison des tumeurs de la glande, et sa méthode fut suivie avec plus ou moins de succès, par plusieurs autres chirurgiens. Cette opération n'est pratiquée aujourd'hui, que dans les cas de goître exophtalmiques, ou de goîtres très vasculaires. Avant cela, Socin recommanda l'énucléation de la partie affectée de la glande seulement, la pratiqua avec grand succès, et rapporta cinquante observations. Elle avait été adoptée antérieurement par le chirurgien italien Porta, et plus tard Juillard, Rothman et autres. Cette opération que je décrirai plus loin au long, consiste à énucléer les parties dégénérées de la glande, ses grands avantages sont de diminuer les dangers d'hémorrhagie, d'éviter de blesser le nerf laryngé récurrent, et de ne pas produire la cachexie strumiprive. Une autre méthode de traiter le bronchocèle ; l'excision de l'isthme, a été préconisée par M. Sidney



Jones, (*Lancet*, 28 novembre 1883). Dans le cas qu'il rapporte, il y avait une dyspnée intense, qui disparut après l'opération, et un mois plus tard, l'énorme thyroïde était à peine perceptible. Il y a plusieurs années, feu Sir G. D. Gibb, autrefois de Montréal, recommanda la division de l'isthme pour améliorer la dyspnée qui se rencontre dans les cas de gros bronchocèle. Tout récemment, Léon a traité avec succès, les gros bronchocèles, par la seule incision de la peau, l'exposition de la glande à l'air pendant quelque temps, puis l'occlusion de la plaie. Le mémoire qui peut-être a produit la plus grande sensation, est celui que Kocher a lu à Berne, au congrès allemand de chirurgie de 1895. Il rapporta alors 1,000 cas d'opérations de goître. Dans ses derniers 900 cas, il y en eût seulement un de cachexie strumiprive; dans ce cas, la moitié de la glande avait été enlevée, et l'autre moitié s'atrophia. Dans 7 par cent des cas, le nerf récurrent fut touché, et il en résulta une détérioration de la voix. Sur les 870 cas opérés pour tumeurs bénignes, 11 seulement moururent. Cinq cas désespérés se terminèrent par la mort, par suite immédiate de l'opération, et 3 malades moururent de la maladie de Graves. Aujourd'hui, dans les cas de maladie de Graves, ou de Basedow, Kocher fait la ligature de trois des artères; dans un cas où il fit la ligature des quatre artères, le tétanos survint. Il y eut une mort par le chloroforme dans les premiers 100 cas, et aucune dans les 900 autres. Il recommande l'anesthésie par la cocaïne, quand il y a beaucoup de dyspnée. La maladie de Graves a été souvent traitée dans ces derniers temps, par l'excision totale ou partielle de la thyroïde, et plusieurs cas se sont terminés heureusement. Dans quelques cas dans lesquels toute la glande avait été enlevée, le myxoedème est survenu, mais a guéri par l'administration de thyroïde de mouton. La mort a suivi l'opération dans quelques cas de maladie de Graves.

Il y a plusieurs variétés de bronchocèle. La première et la plus commune est la kystique. Le kyste peut conte-

nir des matières liquides, ou colloïdes. Les fluides peuvent être de toute couleur, depuis le jaune paille, au brun foncé, cette dernière couleur résulte probablement de l'extravasation du sang, et des cristaux de cholestérine. Les petits kystes colloïdes sont à peu près incolores. Les tumeurs solides, ou semi-solides, ont une capsule fibreuse distincte, et sont composées de vésicules remplies de matière colloïde, entouré d'un épithélium cubique. Les parois du kyste sont formées de plusieurs couches, entre lesquelles se trouve du tissu glandulaire atrophié, ce qui indique que les parois se sont réunies par atrophie des vésicules.

Plusieurs kystes fluides renferment des masses solides à leur base, ils sont souvent multiples, et ceux qui sont les plus favorables pour l'opération, sont ceux dont le kyste est unilatéral.

Secondement, le bronchocèle diffus. Quand l'hypertrophie de la glande est diffuse, on n'y rencontre aucun tissu de mauvaise nature, en particulier, la glande est hypertrophiée uniformément. Ces cas sont dus à l'accumulation de matière colloïde en excès dans les vésicules uniformément hypertrophiées, et ne sont pas aussi favorables pour l'opération que les kystiques. Il est d'usage de les traiter d'abord par l'extrait de glande thyroïde à l'intérieur, à la dose de cinq grains, trois fois par jour, traitement qui a parfois des résultats étonnants. J'ai en ce moment sous traitement, un malade porteur d'une très grosse thyroïde, dont le cou a diminué de cinq pouces, durant les derniers trois mois. Dans quelques cas, la glande diminue tellement, qu'elle devient introuvable. Si l'administration de l'extrait de glande thyroïde ne produit aucun effet avantageux, et que l'opération soit décidée, on ne doit enlever que la moitié de la glande. L'autre moitié s'atrophie souvent après l'opération.

Troisièmement, le bronchocèle vasculaire. Cette variété se rencontre surtout dans la maladie de Graves, et elle est formidable à traiter par l'excision.

Le traitement de la maladie de Graves par l'opération n'a jamais été bien populaire, eu égard au grand danger de mort, par des causes inconnues. La température s'élève quelquefois très haut après l'excision de la thyroïde, ce qui résulte croît-on, de l'absorbition excessive de tissu thyroïdien. Jaboulay, (Lyon Médical, février 1897) prétend que les symptômes cardinaux du goître exophthalmique étant ceux de l'excitation permanente du sympathique cervical, la résection de ce tronc nerveux est le meilleur traitement de cette maladie. Il rapporte au soutien de son avancé, une nouvelle série de trois cas. Dans ces cas, les yeux se sont rétractés, la thyroïde a diminué, et la tachycardie a été immédiatement améliorée. L'opération est facile, et le soulagement immédiat et durable. J'ai opéré seulement dans deux cas de goître exophthalmique, et dans les deux cas, la tumeur était solide, et enkystée. Dans les deux, il y avait de la trémeur marquée, et de la tachycardie, dans l'un, de l'exophthalmie, et dans l'autre, œdème des extrémités inférieures. L'excision de l'excès de thyroïde a soulagé immédiatement les malades dont la guérison a été complète. Dans plusieurs des cas que j'ai opérés, il y avait des symptômes nerveux, tels que la tachycardie, qui étaient facilement provoqués, ainsi que des symptômes d'hystérie, qui ont disparu après l'opération. Dans mon opinion, il y a divers degrés dans la maladie de Graves, comme dans le myxoedème; dans le premier cas, comme la thyroïde est très apparente, les symptômes ne passent pas inaperçus quoiqu'ils ne lui soient pas toujours rapportés. Dans le second cas, je crois qu'il y a plusieurs myxoedèmes, qui sont méconnus à leur début. Dans ces cas, il y a de l'assoupissement, diminution de l'acuité mentale, et les malades sont soulagés par l'administration de l'extrait de glande thyroïde.

Quatrièmement, les tumeurs malignes. Elles peuvent être cancéreuses, ou sarcomateuses. L'opération est difficile, et le résultat, seulement temporaire. Quand elles

sont entourées de beaucoup d'infiltration, on ne doit pas intervenir.

Cinquièmement, les goîtres inflammés. Quand un goître est pris d'inflammation aiguë, Kocher conseille l'extirpation. L'incision et le drainage est le meilleur traitement, quand on redoute la présence du pus. On rencontre quelquefois d'autres variétés de tumeurs, comme par exemple celles qui sont produites par du tissu bénin, des ecchinocoques, etc., mais elles méritent peu d'attirer l'attention.

#### DANGERS DE L'OPÉRATION

Les plus grands dangers de l'opération sur la thyroïde sont : l'hémorrhagie, les blessures ou lacérations du nerf laryngé récurrent, et les effets secondaires de l'extirpation totale de la glande.

Quelques chirurgiens pensèrent d'abord qu'il était nécessaire de pratiquer la trachéotomie avant l'extirpation de la glande, mais il est démontré aujourd'hui que ce procédé est inutile, qu'il complique l'opération, et qu'il augmente le danger de septicémie. La dyspnée disparaît aussitôt que le goître est enlevé, et le danger résultant de l'affaissement de la trachée est chimérique. Il n'y a pas de doute que dans ces cas, le meilleur moyen de faire disparaître la dyspnée est, non de pratiquer la trachéotomie, mais d'enlever le bronchocèle.

Après une courte démonstration de l'anatomie chirurgicale de la thyroïde, le conférencier décrit comme suit les diverses opérations :

#### OPÉRATIONS

Il y a trois méthodes principales d'opérer sur la thyroïde.

- 1° Extirpation partielle, ou totale.
- 2° Enucléation.
- 3° Ligature des artères thyroïdes.

Je n'ai aucune expérience de la dernière méthode, aussi je ne ferai que la mentionner.

1. Extirpation. — On entreprend cette opération aujourd'hui avec beaucoup plus de confiance qu'autrefois, et le danger d'un résultat fatal est peu sérieux. L'extirpation totale est aujourd'hui abandonnée, en raison de la cachexie strumiprive qui peut en résulter, comme j'en ai fait la remarque plus haut. On la pratique seulement dans le goître exophthalmique, et dans l'hypertrophie de la thyroïde, lorsque l'administration de l'extrait de glande thyroïde n'a pas d'effet satisfaisant. Dans ces cas, on ne doit pas tenter l'énucléation, on doit d'abord lier l'artère et la veine thyroïde supérieure, faire la compression de l'artère thyroïde inférieure, puis enlever la tumeur d'un seul côté, sans ouvrir la capsule. Les branches de l'artère thyroïde inférieure doivent être liées très près de la glande, afin d'éviter de blesser le nerf laryngé récurrent. Dans les cas vasculaires en particulier, il est important d'empêcher l'afflux du sang, et d'éviter d'ouvrir la capsule, sans quoi les minces parois des veines sont déchirées, et il en résulte une hémorrhagie furieuse et incontrôlable, les veines sont tellement friables qu'il est impassible de les obturer avec les pinces, et il n'est alors possible d'arrêter l'hémorrhagie que par le cauponnement. Si l'isthme est volumineux, il doit être lié par section, avec du cat gut très fort. Le chirurgien expérimenté n'éprouve pas grande difficulté pour faire cette opération. Un drain doit être laissé à la partie inférieure de la plaie durant vingt-quatre heures, puis enlevé.

2. Enucléation. — Dans ce pays du moins, la variété la plus fréquente du goître, est la kystique, solide ou liquide. Ces kystes peuvent être simples ou multiples, unilatéraux ou bilatéraux. Les kystes simples unilatéraux, sont les plus favorables pour l'opération. L'extrait de glande thyroïde, n'est d'aucune valeur dans les tumeurs kystiques.

L'énucléation est le traitement de choix dans ces cas. J'ai actuellement opéré par cette méthode près de trente cas, et je n'ai jamais eu une seule mort, tous mes malades ont guéri rapidement.

On a recours à cette opération pour combattre la dyspnée, surtout celle qui survient à la suite de fatigue, la dysphagie, et sans corriger la difformité. On observe souvent, quand il y a eu développement rapide de la tumeur, des symptômes nerveux, tels que la tachycardie. Tous mes patients, à l'exception d'un seul, ont été des femmes, surtout par ce que les femmes se soumettent plus volontier à l'opération, et que chez elles les symptômes nerveux sont plus prononcés. Il n'y a pas de doute, que dans la province de Québec, au moins, le goître est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Dans tous les cas où j'ai opérés, il y a eu amélioration de la santé générale, mes malades se sentaient mieux et avaient une meilleure apparence. L'opération est simple en apparence, mais occasionnellement, dans les cas où il y a eu inflammation, ou dans lesquels on a fait des applications externes, l'hémorrhagie est effroyable, et très difficile à contrôler. Ces cas sont comparativement rares cependant. Les plus faciles à opérer, sont ceux où le kyste est simple. Ce kyste peut occuper l'un ou l'autre des lobes de la glande, l'isthme, la pyramide, ou le lobe moyen où les kystes peuvent être multiples et envahir tous les lobes. La difficulté augmente en proportion de l'augmentation du nombre de kystes. Quand les kystes occupent les deux lobes, je fais une incision sur chacun des deux. La plus grande difficulté de l'opération est de reconnaître quand on a atteint l'enveloppe propre du kyste, mais avec un peu d'expérience, le chirurgien arrive à la reconnaître facilement.

Voici la manière dont je pratique cette opération.

Le cou étant nettoyé parfaitement, je fais une incision de trois à quatre pouces de longueur sur la tumeur. Après avoir divisé la peau et le fascia, on rencontre le muscle

dépresseur du cartilage thyroïde. Mais si la tumeur est grosse, les muscles sont si grêles, qu'on les aperçoit à peine. On rencontre sur ce point une très grosse veine jugulaire qui doit être divisée entre deux ligatures. Aussitôt que les muscles dépresseurs sont divisés, on arrive sur la glande, qui ressemble beaucoup au tissu musculaire, et saigne abondamment quand on l'incise. On fait alors une petite incision dans le tissu de la glande, et on découvre la capsule à une profondeur plus ou moins grande. Reverdins dit avec assez de vérité, " quand vous êtes dans le doute, vous n'êtes pas sur le néoplasme." Quand on a atteint la capsule, on doit agrandir l'incision, et énucléer la tumeur avec le doigt. J'ai l'habitude, en raison de l'hémorrhagie qui se produit si fréquemment, de ponctionner le kyste et de laisser s'échapper une partie de son contenu, par ce moyen, la tension est diminuée et la glande sort de son lit, et à mesure que le kyste se dégage, on le sépare du tissu glandulaire qui l'entoure, en ayant soin de lier les gros vaisseaux qui ont pu être déchirés, ci et là. Le kyste est dégagé comme une tumeur ovarienne. Le danger d'hémorrhagie est ainsi diminué, et l'opération devient extra-cervicale. J'ai ainsi enlevé, sans la moindre frayeur, de très gros kystes qui s'étendaient jusqu'en bas du sternum, et recouvraient les branches de l'aorte. Quand on laisse retomber la glande en arrière et que l'on aperçoit la cavité de laquelle on a enlevé le kyste, on est souvent saisi d'étonnement. Dans un cas, je pouvais voir tous les gros vaisseaux, parmi lesquels, l'artère innominé et la veine innominé transverse, battre derrière les minces parois de la cavité. Dans quelques cas, le lit sur lequel reposait le kyste, et dont les parois ont été pelés, est tapissé par d'énormes veines tortueuses.

Quand il y a plusieurs kystes, on peut rejoindre l'un à travers le foyer de l'autre, sans être obligé de faire une nouvelle incision dans le tissu de la glande, ce qui restreint la perte de sang et diminue les dangers de l'opération. Après s'être rendu maître des points hémor-

rhagiques, on tamponne la cavité avec de la gaze iodoformée dont on doit laisser l'extrémité des bandelettes sortir par l'angle le plus déclive de la plaie. Je me servais antérieurement d'un drain, mais j'ai constaté que l'hémorrhagie qui n'est pas rare, au moment de la réaction, n'avait lieu que dans les cas où j'avais appliqué un drain, et qu'autrement la plaie se fermait complètement. Dans les cas qui furent tamponnés avec de la gaze iodoformée, il n'y eut jamais d'hémorrhagie secondaire. La blessure de la peau est suturée avec du crin de cheval, et recouverte avec de la gaze stérilisée ou du coton aseptique. Au point de sortie de la gaze iodoformée, on introduit une suture de crin de Florence dont on ne noue pas les extrémités. Le lendemain, on panse la blessure, on enlève la gaze, et on ferme la plaie avec la suture du crin de Florence.

Je ne lave jamais la cavité, ni ne me sert jamais d'eau pour laver la blessure. Je fais faire un pansement sec, et j'encourage le malade à se lever et à marcher un peu. Je crois que les malades se rétablissent plus promptement de cette manière. Les sutures sont enlevées le cinq ou le sixième jour. Le jour suivant, le malade est déchargé. Après l'opération la température s'élève quelquefois, et le pouls devient rapide, mais si la plaie a une apparence normale, je ne fais jamais attention à ces symptômes, qui paraissent ne retarder en rien la convalescence. Ils peuvent être dûs à un dérangement fonctionnel de la glande, et peut-être à un excès d'absorption de matière thyroïde pendant l'opération. Les gros kystes sont souvent moins difficiles à enlever que les petits, en raison de leur moindre adhérence. Si le contenu du kyste est solide, je l'ouvre et fais sortir autant de son contenu que possible, et je traite les parois du kyste comme je l'ai indiqué plus haut. Dans presque tous les kystes liquides, il y a presque toujours une masse solide attachée à leur base. La guérison est merveilleusement rapide dans ces cas.



## CHRONIQUE MÉDICALE

---

### ÉTUDES FINALES

Vous avez étudié les éléments anatomiques décomposables : origines, développements, transformation progressive en tissus, organes, systèmes, appareils.

Le microscope vous a rendu compte de leur morphologie et de leurs associations.

Vous avez vérifié, sur le sujet, la forme et les relations des divers organes.

La physiologie vous a donné les lois fonctionnelles de l'organisme ; l'hygiène vous a enseigné les règles à suivre pour assurer le maintien d'un certain équilibre de fonctions.

La pathologie générale vous a fait connaître les perturbations auxquelles la substance organisée est sujette.

Vous savez alors que la maladie n'est pas *une chose essentielle*, mais un *accident* survenu au cours de la vie anatomo-physiologique.

Et, cette connaissance — tant que vous la garderez — vous distinguera de la tourbe des charlatans et de la masse du peuple.

Vous êtes frappés du sceau de la science, laquelle se définit, à bon droit : *la compréhension des rapports*.

“ *Nous croyons savoir une chose vraiment*, dit Aristote, et non à la manière des sophistes qu'égarent les apparences. lorsque nous croyons en savoir la cause, savoir en outre que c'en est bien la cause, savoir enfin qu'il ne peut se faire qu'il en soit autrement.”

Hélas ! nous n'avons pas le bonheur d'être toujours sur ces sommets. Trop souvent, la faiblesse de notre regard nous empêchera de préciser le problème, d'en contrôler tous les constituants ; mais le moins que nous fussions, c'est de ne pas perdre de vue que la maladie n'est

rien autre chose que l'aberration des lois de l'organisme. De là aussi, découle cette proposition : la médecine traite des malades et jamais des maladies.

La médecine est constituée par l'ensemble d'un grand nombre de sciences auxquelles elle emprunte ses principes : lois de la physique, de la chimie, de la biologie, etc.

Basée sur ces fondements, la médecine est déductive, tandis que dans la pratique elle part des faits observés pour remonter aux lois générales.

#### MATIÈRES FINALES

Vous connaissez la synthèse des lois universelles de l'organisme, vous allez maintenant faire l'analyse des cas particuliers et vous exercer à les ramener aux principes premiers ; c'est le lot de la *Pathologie spéciale*.

La pathologie spéciale traite des accidents auxquels le milieu anatomo-physiologique est sujet. Elle s'occupe des *souffrances* du corps humain. Elle recherche quelles lois physiologiques ont été lésées.

#### ÉTUDES FINALES

Comprenant :

Pathologie spéciale, interne, externe, des nouveau-nés, de la première et de la seconde enfance, des adultes — hommes et femmes, des vieillards.

La pathologie étudie les maladies, les affections et les lésions traumatiques.

Ces études révèlent les changements organiques et fonctionnels qui se passent au niveau des tissus, des organes, etc., etc.

On appelle anatomie pathologique, les altérations des tissus et des humeurs et bactériologie, la connaissance des bactéries qui jouent un rôle quelconque dans l'évolution des phénomènes normaux et pathologiques de notre économie.

La chimie pathologique ou clinique s'occupe des aberrations des lois de la chimie physiologique.

La toxicologie ressort à la chimie comme la matière médicale qui s'occupe des modificateurs de l'organisme.

La médecine légale met le pathologiste en relation avec la jurisprudence.

Mais la pathologie n'est encore et ne sera toujours qu'une simple abstraction tant que l'étudiant n'en contrôlera les données par *l'observation des malades*.

Sans la clinique, la pathologie n'est qu'une inutile histoire naturelle, bonne, tout au plus, à l'amusement des amateurs de curiosités scientifiques.

Ce fait est si bien reconnu, que la faculté de médecine de Paris, n'exige pas de ses élèves, qu'ils suivent les cours théoriques. Ces cours sont pourtant donnés, avec éclat, par les plus grands maîtres de la science contemporaine.

Le rôle du médecin commence le jour où il se trouve en face d'un malade : les indications étant reconnues, que convient-il de faire pour ramener à la normale les fonctions déviées ?

Pour répondre il faut connaître :

1° L'arsenal des substances que la pharmacopée met à notre disposition.

2° L'action physiologique et l'action thérapeutique de ces substances.

3° Quel milieu convient à ce malade ?

4° Quel régime, etc ?

Relever le moral du malade, soulager sa douleur physique, le guérir si possible.

En résumé, lui faire du bien ! c'est là notre mission élevée, sublime !

C'est par elle que nous sommes des dieux, par la science et par la bienfaisance !

*Nulla re diis appropinquat homo quem salutem aliis hominibus dando.*—CICÉRON.

\*  
\* \*

Mon cher carabin, venez avec moi, à Paris, et, rendez-vous compte des choses telles quelles s'y passent, si admirablement. Vous êtes inscrit au registre de la faculté. Prenez l'année de votre choix, 2<sup>em</sup>, 3<sup>em</sup> ou 4<sup>em</sup>.

Dès le mois d'octobre vous recevrez un avis ainsi conçu : Vous êtes prié de vous présenter, le 1<sup>er</sup> novembre 1897, à neuf heures du matin et sans nouvel avis, à l'hôpital auquel appartient le service où vous êtes attaché en qualité de stagiaire.

*Le doyen,*

P. BROUARDEL.

Le règlement porte :

1° Que les stagiaires seront répartis selon la note obtenu au dernier examen.

2° Que les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

3° La présence des stagiaires est constatée par le chef de clinique qui fait l'appel au commencement de chaque exercice clinique.

4° Des notes sur le travail des élèves seront données par le chef et portées aux dossiers scolaires pour être mises sous les yeux des jurys d'examens.

Cette convocation et ce règlement s'appliquent aux travaux de laboratoire comme à ceux de clinique.

J'ai sous les yeux les blancs de lettres de convocation pour les travaux pratiques : d'histologie, de chimie, de physique, de physiologie, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique, de manœuvres obstétricales, d'hygiène pratique, etc.

De cette façon, l'élève est suivi de près et dirigé selon la progression de ses études, selon le succès de son travail.

Il ne peut passer d'un stage à l'autre à moins d'avoir prouvé compétence dans le stage antérieur ; ce que révèlent les notes des examens de chaque jour.

Sans une règle de conduite de ce genre, l'élève vogue, sans contrôle, au gré de ses caprices et arrive, sans bagage, au terme de sa cléricature. Vous allez dire que cette conséquence ne tient pas entièrement de lui. Je le crois et ne puis, à cause de cela, lui en laisser toute la responsabilité. On a dit, avec raison : *tel maître, tel élève*. Si le professeur met de l'ordre dans son enseignement, s'il sait faire aimer la science ; il prendra les moyens propres à faciliter à l'élève la compréhension de ses leçons. A cette fin, il sera bref en théorie et étendu en pratique.

N'est-il pas pénible de songer qu'un professeur d'anatomie, de physiologie, d'histologie, de bactériologie, d'obstétrique, de pathologie interne, etc., etc, doit s'escrimer cent vingt heures durant, en conférences théoriques, tandis qu'il aurait tant de bonheur à donner des *leçons de choses* au laboratoire ou à l'hôpital ?

Quelle fatigue intellectuelle égale la science, si ce n'est celle de ces auditeurs ?

Quel surmenage stérile quand il ne nuit pas !

Qu'il serait heureux de vous faire de belles et saines démonstrations ? Que la théorie serait belle et facile si on la voyait en pleine exercice ! Lois des équations physiologiques, lois des équations pathologiques ! que la lumière des faits vous mettrait en relief !

Quelle force de pénétration le moindre fait n'exerce-t-il pas sur l'esprit !

Quelle jouissance intellectuelle !

Permettez, cher maître, que je vous délivre du joug fastidieux de la théorie pure ; revêtez le tablier traditionnel du laboratoire et de la salle de clinique, et, prenez donc vos franches coudées dans le domaine de l'observation. Je veux être médecin, eh bien, apprenez-moi donc à le devenir. Je ne saurais être capitaine au long cours sans voyager !

De l'enseignement que vous me donnez, dépendra l'avenir de ma pratique professionnelle, véritable mer semée d'écueils !

La compétence que la société attend de moi, c'est vous qui me la devez !

\*  
\* \* \*

Vous dites : la loi médicale exige cent vingt leçons bien comptées, d'une heure ?

Oui, elle l'exige et j'espère que vous ne trouvez pas cela exorbitant pour huit ou neuf mois de cours.

Et puis la loi médicale, dont on *médite* tant, ne réclame pas cent vingt heures de fleurs de rhétorique !

120 leçons *de choses*, s'il vous plaît, et non de ballades !

Cela est vrai à ce point que les cartes d'assiduité ne portent jamais le chiffre des leçons.

Après tout, quel est l'esprit de cette loi, si-non que le candidat soit compétent à remplir les graves devoirs de sa profession et rien autre chose, vous le savez.

\*  
\* \* \*

“ Le seul moyen que nous ayons pour faire goûter nos pensées, c'est de tourner les esprits vers l'étude des faits, de leurs séries et de leurs ordres.” FRANÇOIS BACON.

“ Sans l'observation clinique et les travaux de laboratoire, on ne peut devenir médecin.” CHS. RICHEL.

\*  
\* \* \*

Pour qu'un enseignement pratique soit fructueux, il ne suffit pas que le professeur fasse des travaux, des recherches, des vérifications sous les yeux des élèves, il est rigoureusement indispensable que ceux-ci mettent les mains à la pâte, comme on dit vulgairement. Il faut que l'étudiant répète tous les travaux, toutes les recherches de contrôle, toutes les manipulations sous la direction du

Maître ou de l'un de ses adjoints. Autrement, on n'acquerra pas de compétence véritable. *Le tour du maître* ne s'apprend pas *à l'œil*, il exige l'exercice de la main.

Vous voulez que j'apprenne l'histologie, l'anatomie pathologique, la bactériologie, etc., etc, donnez-moi, des tissus, des produits morbides, etc, des matières colorantes, un microtôme, un microscope et je saurai quelque chose.

On n'apprend pas la médecine opératoire sur des planches, si bien coloriées qu'elles soient, ni à regarder le chirurgien. Cette méthode est insuffisante. C'est sur le cadavre qu'il faut opérer.

Le bacille de Koch est joli vu à la lanterne magique, mais combien plus intéressant sur le champ du microscope !

Vous me parlez des moyens propres à reconnaître dans l'urine le sucre, l'albumine, l'acide urique, le chyle, la graisse, mais de grâce, je ne serai content que lorsque lorsque j'en aurai fait, moi-même, la recherche et le dosage. N'est-ce pas à la cuisine qu'on apprend l'art culinaire ?

\*  
\* \*

La médecine n'est pas une œuvre de rhétorique, mais elle est à la fois science et art : science des lois physiologiques et science des lois pathologiques : art, c'est-à-dire, application de la science à l'observation des phénomènes, et applications des moyens propres à soulager les malades.

Or ces moyens sont de deux sortes : médicaux et chirurgicaux. Autrefois on séparait ces parties de l'art médical ; mais aujourd'hui la chirurgie pénètre si avant dans la médecine qu'il est à peu près impossible de l'en séparer. Le médecin de demain doit aussi être chirurgien.

Quoi ! vous aurez, dans votre clientèle, un cas d'épilepsie, de carie des os, d'appendicite, de pleurésie, d'adénite tuberculeuse, de déchirure du col, ou dupérinée, de fracture de clavicule — car tout cela peut se rencontrer en une semaine, en un seul jour — et après avoir fait votre

diagnostic, vous vous croiseriez les bras et vous annonceriez à vos clients que vous ne faites pas de chirurgie ?

Et bêlément, vous leur donneriez l'adresse d'un médecin compétent à traiter vos malades ! Vous aurez même la complaisance, O dérision cruelle ! d'aller en personne, présenter *au maître* ces certificats vivants de votre incompétence !

Alors, mon bon, que n'établissez-vous, sans retard, un bureau de *courtage* ? au lieu de *Docteur en médecine*, que n'inscrivez-vous sur la plaque traditionnelle : *courtier de malades*. A dix pour cent de commission, vous vous feriez de bonnes rentes, et, cela, sans grande peine, surtout sans exposer la vie des clients de médecine simple qui pourraient vous rester, si toutefois il vous en restait. Car à force de vous voir expédier vos cas de chirurgie à d'autres médecins, le public se dira avec un bon sens qui ne se trompe ni ne ment : *Cette espèce de docteur ne voit rien dans les cas qui sautent aux yeux de tous ; qu'est-ce que ça doit être dans les maladies internes ?*

De fait, si vous ne pouvez réduire une dislocation, comment ferez-vous croire que vous êtes compétent à réduire une phlegmasie, une fièvre ?

Il ne faudra pas dix ans pour révéler la somme de votre ignorance. Et votre bureau sera bientôt désert !

Et l'herbe poussera à votre porte, pour vous faire un tapis lorsque, bientôt, vous aurez *à démentir* !

Et vous tournerez des regards menaçants vers le *Bureau médical* et vous lui jetterez l'invective caractéristique que j'ai si souvent entendue :

*Les charlatans nous mangent et vous ne faites rien pour nous protéger !*

Eh bien, mon cher, si les charlatans vous mangent, grand bien leur fasse ! on pourrait sans peine trouver meilleur plat !

Vrai l'a ! si ces satanés charlatans avaient eu l'avantage d'un cours classique et de quatre années d'études médicales, ils ne seraient pas à la peine de vous *manger*.



\*  
\* \*

Deux facteurs puissants alimentent le charlatanisme : les préjugés de l'ignorance et l'incompétence des médecins. Du premier je n'ai qu'une chose à dire : il y aura toujours des ignorants, des amateurs d'inconnues : toutes ces choses mystérieuses sont entourées d'aimant, d'un aimant plein de charme et de force ; inutile donc.....

Du second on peut s'occuper efficacement. C'est ici que se place, avec à-propos, l'histoire de l'œuvre du Bureau médical et des facultés de Médecine.

Grâces à une initiative bien dirigée, le *Bureau Médical* a mis en exercice, une série de réformes destinées à assurer au médecin de demain une compétence supérieure à celle de ses devanciers.

De leur côté, nos facultés de médecine se sont mises résolument à l'œuvre et rivalisent de zèle dans l'accomplissement de la tâche imposée. Car, il est évident, que depuis quelques années, de réels progrès ont été accomplis. Une noble émulation règne dans les rangs de nos éducateurs professionnels. Avant longtemps, les cadres de l'enseignement médical seront complets par l'adjonction de *figures nouvelles*. Il semble qu'une généreuse impulsion a été donnée et que des résultats satisfaisants en seront la conséquence heureuse.

La nouvelle génération d'étudiants, éclos au creuset d'un examen préliminaire supérieur à tout autre, est parfaitement préparée à l'étude des sciences médicales. Je sais qu'elle est disposée à tirer de l'enseignement moderne tout ce qu'il peut donner.

Cet état de chose est du meilleur présage et j'augure pour la classe de 1897, un succès sans précédent dans les annales de nos écoles de médecine.

Je sais qu'elle ne se contentera pas de récitations, de dictées ou de discours ; elle voudra, elle veut un travail pratique ! Cela ne s'est pas encore vu, foi de carabin !

C'est donc l'aurore d'un beau jour que nous apercevons et que nous saluons des deux mains.

Aux facultés de s'emparer et de faire valoir ces nouveaux et précieux éléments de succès. *Carpe diem.*

Car le *jour*, où l'insuffisance de l'enseignement d'une école sera démontrée, ce jour-là scellera le sort de cette institution.

Parce que l'esprit public est assez développé, pour table rase des programmes illusoire et des valeurs fictives. Ce qu'il veut, ce qu'il réclame, ce qu'il a droit qu'on lui donne, ce sont des résultats réels, des valeurs tangibles. Que ceux qui ne veulent, ou ne peuvent marcher, soient mis aux invalides.

N'attendez pas, pour passer, que la rivière ait fini de couler, jetez un pont !

\* \* \*

Qu'est-ce que le Bureau peut bien faire pour s'assurer de la compétence des candidats aux examens de baccalauriat et de doctorat ?

La réponse n'est pas aussi difficile qu'elle peut paraître. Il lui suffit de charger de ce devoir important un jury d'assesseurs à la hauteur de cette charge.

Jusqu'ici, on ne peut prétendre que ce système relativement nouveau ait donné pleine satisfaction.

Cela tient d'abord à la nouveauté de l'œuvre et ensuite à un certain négligé, à une insuffisance de méthode dans la mise à exécution du nouveau régime.

Eclairé par l'expérience de quelques années, le Bureau médical est en état de faire honneur à la tâche. A cette fin, il s'occupe activement de charger MM. les assesseurs d'être prêts à servir sur une ou plusieurs matières d'examen, laissant à chacun les sujets de son choix.

Une fois inscrit pour une matière, l'assesseur devra s'y attacher pour le terme de son engagement.

Dans l'exercice de sa charge l'assesseur devra se

rendre compte, pratiquement, de la compétence du candidat.

Ainsi, l'examen sur :

L'histologie,  
L'anatomie pratique,  
La chimie,  
La médecine opératoire,  
La gynécologie,  
La chimie clinique,  
L'anatomie pathologique,  
La bactériologie,  
Les manœuvres obstétricales,  
La pharmacie pratique,

Se fera par démonstration pratique, au laboratoire ou aux musées.

Mais c'est la clinique médico-chirurgicale, faite à l'hôpital et au dispensaire, qui révélera vraiment la valeur des candidats.

Chacun de ces examens durera une demi-heure, bien employée.

L'élève aura beau dire qu'il n'a pas vu ceci, cela, qu'il n'a pas appris à faire des examens de crachats, de sang, d'urine, etc., etc., on ne lui pardonnera pas. Et si l'assesseur l'inscrit pour une autre année d'études il lui faudra bien s'y conformer. Que l'élève ne se réclame pas de l'impossibilité des travaux pratiques, il a payé pour en faire, il doit en avoir fait. Tant pis pour lui s'il n'exige pas son *charge*. L'assesseur n'aura que faire de ces doléances d'autrefois. Tout ce qu'il demande, c'est un bon et pratique examen. Son verdict motivé est final et sans appel.

\*  
\* \* \*

Vous allez trouver cette manière un peu raide, elle l'est, mais pas trop.

Quoi ? n'est-ce pas justice à ceux qui travaillent, que d'éliminer les frélons, les paresseux ?

N'est-ce pas justice à la profession médicale que de ne lui fournir que des collègues compétents — le médecin de demain doit être supérieur à celui d'hier ?

N'est-ce pas justice au public en général, que de lui donner des aviseurs médicaux dignes de sa confiance ?

Vous savez qu'il ne manque pas de médecins dans cette province, donc, il n'y a pas urgence de se hâter.

Du reste, il y va du bon renom de nos facultés de médecine. Quand un médecin est entré dans la carrière, il doit pouvoir dire avec orgueil :

*Je suis de Laval, de McGill, etc ;* ce qui pour l'auditeur signifiera, je suis compétent, j'ai fait mes preuves au creuset, de sévères examens.

“ *Je suis licencié de la province de Québec,* cela veut dire que vous êtes qualifié à pratiquer partout où vous vous présenterez ; parcequ'on sait partout que vous avez étudié sous la surveillance d'un Conseil professionnel jaloux de l'intérêt de ses membres et de l'intérêt du public.

Plus que jamais, la *licence* du *Bureau* sera une preuve *prima facie* de pleine compétence.

*A bons entendeurs, salut !*

J. M. BEAUSOLEIL.

---

On assure que le strophanthus est d'une remarquable efficacité dans le traitement de la dypsomanie. Il fait disparaître en très peu de temps, non seulement la dépression nerveuse qui suit l'excès alcoolique, mais il abolit le désir de prendre de l'alcool et le remplace par un profond dégoût pour toutes les liqueurs enivrantes. On cite des cas où la guérison a persisté indéfiniment.

---

## Traitement de la Constipation habituelle

---

Une des affections les plus communes et les plus sérieuses dans ses conséquences est, sans contredit, la constipation.

Soit que cette maladie résulte de la paresse de l'intestin, d'une altération de la sécrétion muqueuse ou d'un trouble de la sécrétion biliaire, les suites qu'elle entraîne : inappétence, affection de l'estomac et de l'intestin, céphalalgies, étourdissements, migraines, hémorroïdes, sont toujours des plus graves.

Aussi a-t-on successivement proposé un grand nombre de remèdes contre cette affection : laxatifs, purgatifs, massages, etc, tout a été essayé. Les résultats obtenus, souvent favorables, n'ont pas persisté et ont dû céder devant la ténacité de cette affection.

Il résulte de nombreux travaux publiés depuis 20 années que la "*Cascara Sagrada*, ou *Sacra Bark*" écorce fournie par le — *Rhamnus purshiana* — paraît être le véritable spécifique de la constipation habituelle.

Cette opinion, émise par le Dr Bundy, de Calusa, en 1878, a été confirmée par les expériences des Drs Pearse et Hansen d'Oakland, H. L. Coit et Georges W. Swart de New-York.

En France, les Drs Landowski, Dujardin-Beaumetz, (dans son service de l'Hôpital Cochin), Eyméri, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, ont produit un grand nombre d'observations qui ont corroboré l'opinion des premiers auteurs.

La "*Cascara Sagrada*" était dès lors définitivement classée dans l'arsenal thérapeutique.

Ce produit n'agit, ni à la manière des purgatifs salins, ni par irritation sur la muqueuse intestinale.

Son action, en quelque sorte mécanique, augmente la contractilité des fibres musculaires; la sécrétion des glandes voisines de l'intestin et celle de l'intestin lui-même sont notablement augmentées.

L'expérience a démontré que certaines préparations de cette écorce: extraits plus ou moins concentrés, teintures, alcaloïde (à l'existence duquel on a cru, erreur depuis reconnue) présentent des inconvénients, parmi lesquels il faut signaler, en première ligne, l'action irritante sur l'intestin.

Les auteurs ont signalé la présence, dans la "Cascara Sagrada," de onze principes différents. C'est à l'ensemble de ces principes, tels qu'ils existent dans l'écorce, que la Cascara doit ses propriétés curatives. Aussi conseillons-nous l'emploi de la poudre de cette écorce.

Le mode de prévention préférable est de faire avec cette poudre des pilules régulièrement dosées qu'on enrobe dans du sucre pour en rendre l'absorption agréable. —  
DRAGÉES DEMAZIÈRE.

---

M. Javarrat et Catrin ont présenté une note à la société médicale des hôpitaux, démontrant que la rougeole, contrairement à l'opinion courante, n'est pas contagieuse exclusivement pendant la période pré-éruptive, mais pendant les périodes éruptive et post-éruptive. Les mesures prophylactiques doivent donc être continuées pendant l'éruption, et même pendant la convalescence.

## REPRODUCTION

## THÉRAPEUTIQUE

PAR

Monsieur le Docteur GEORGES LEMOINE

## SYPHILIS

Si, à part quelques dissidents, partisans quand même de l'expectation et de la cure spontanée de la syphilis, tous les médecins sont d'accord pour traiter cette maladie, le même accord n'existe pas dans la manière de la traiter. Les uns, Fournier, Balzer, pour ne citer que ces noms de l'École française, sont d'avis de traiter toutes les syphilis, bénignes ou graves, aussitôt que le diagnostic aura pu être posé d'une façon ferme. Les autres, Diday, Jullien, pensent au contraire qu'il est inutile de traiter les syphilis bénignes. Ils jugent que la tendance spontanée de l'organisme à éliminer et à détruire les principes morbides suffit sans aide à le débarrasser d'une vérole faible. Le mercure, pour eux, n'est pas un spécifique (dans le sens absolu du mot), il n'est qu'un allié qui aidera l'économie à rendre le virus impuissant. Il n'est pas possible d'entrer dans les longs développements que comporterait la revue des différentes doctrines et des conséquences thérapeutiques qui en découlent. Nous renvoyons pour cela aux ouvrages de Diday, de Jullien, de Fournier, de Mauriac. Il suffit de savoir qu'à l'heure actuelle, en France, la plupart des médecins pensent, comme M. le professeur Fournier, qu'il faut traiter toutes les syphilis bénignes ou graves, les traiter longtemps si l'on veut se mettre le plus possible à l'abri des très graves accidents du tertiariisme et si l'on ne veut pas risquer de voir les descendants des syphilitiques présenter la tare de l'hérédosyphilis.

**Méthodes de traitement et agents thérapeutiques.** — Avant d'aborder la marche générale du traitement, une première question se pose : A quelle époque faut-il commencer à traiter une syphilis ? Sera-ce dès l'apparition du chancre ? Ou attendra-t-on la venue des accidents secondaires ? Il y a lieu, en présence de cette question, de faire une distinction. Si la lésion que vous avez sous les yeux est bien nettement un chancre syphilitique, que vous y trouvez l'induration, l'adénopathie, que

la durée de l'incubation, une confrontation peut-être, vous permettent d'affirmer le diagnostic, il n'y a pas à hésiter, il faut soigner de suite et activement une diathèse qui ne pourra certainement que donner naissance à des accidents fâcheux et douloureux. Pourquoi la laisser se développer et ne pas essayer de l'arrêter dans ses premiers pas ? (Ricord, Fournier). Si, au contraire, le chancre est douteux, que les caractères observés laissent perplexe, hésitant, il faut se garder de prescrire un spécifique et attendre que l'apparition de la roséole vienne confirmer le caractère syphilitique de la lésion. En agissant autrement et en traitant prématurément une maladie dont l'existence n'est pas sûre, on s'expose à atténuer tellement les accidents que le diagnostic peut toujours rester douteux. Or il n'est pas sans importance qu'un homme sache s'il est ou non syphilitique ; c'est à ce doute cruel qu'on l'expose en commençant le traitement sans être fixé. En un mot, il faut commencer à soigner la syphilis dès qu'on est sûr qu'elle existe, et savoir s'abstenir jusqu'au moment où l'on a cette certitude.

**Méthode abortive.** — Supposons maintenant que le diagnostic porté soit certain, qu'on se trouve bien en présence d'un chancre induré, peut-on songer à faire avorter la syphilis ? Il est logique d'admettre, bien qu'on ne sache rien de bien précis sur la microbiologie du chancre, que la syphilis, maladie infectieuse est transmise sous forme d'un germe figuré, et que le chancre n'est que la réaction locale de l'économie, le premier foyer d'où le microbe, au bout d'un certain temps, va diffuser à travers l'organisme. S'il en est ainsi, pourquoi ne pas circonscrire la lésion, la détruire avant qu'il y ait généralisation. De là est née la méthode cubative. Nous ne parlons pas des essais de cautérisation du chancre, des frictions et injections mercurielles faites autour. On a même proposé la section des lymphatiques et l'extirpation des ganglions pour couper la route au virus. Ces diverses méthodes sont restées, à l'état de conceptions théoriques et, en tout cas, aucune n'a fait ses preuves. Reste l'*excision au chancre* aussitôt son apparition constatée. Il ne paraît pas démontré d'une façon absolue que l'excision du chancre, même radicale, ait donné des résultats (Fournier), et des cas bien observés d'excision pratiquée dans les premières heures et avec tous les soins et toute l'énergie désirables ont montré que l'infection n'en suivait pas moins son cours (Mauriac, Leloir). Et pourtant, malgré tout, si le hasard place le praticien en présence d'un chancre jeune, nullement ou peu induré, sans



adénopathie de voisinage, il pourra tenter l'excision ; c'est une opération bénigne dont les suites opératoires sont simples. Il fera bien, du reste, de ne pas trop compter sur le succès.

**Traitement hygiénique.** — Mais l'excision n'a pas réussi, ou bien, le chancre n'était pas en état d'être opéré ; on va se trouver en présence d'une syphilis constituée, et c'est le traitement de la diathèse qu'il faut entreprendre. Il y a pour la syphilis, comme pour toute maladie infectieuse, deux façons d'enrayer la maladie : 1° Rendre le milieu de culture, je veux dire l'organisme, impropre à la pullulation du germe de la syphilis ; 2° Attaquer ce germe lui-même par des antiseptiques convenables.

La première indication sera remplie par l'institution d'un traitement hygiénique et de médications auxiliaires dont le but sera de modifier le terrain sur lequel va évoluer la maladie. Un homme de tempérament normal est naturellement résistant, mais s'il n'est pas impossible de supposer qu'un homme n'ait aucune tare organique de par son hérédité ni de par lui-même, il faut en pratique et dans les conditions complexes de notre civilisation, considérer le syphilitique comme déjà pourvu d'une certaine individualité pathologique. Tel sera scrofuleux, tel autre arthritique, un troisième sera un alcoolique ou un surmené. Or il n'est pas indifférent pour la marche de la maladie qu'il y ait derrière elle une diathèse préexistante ; les deux diathèses réagiront l'une sur l'autre et la syphilis, en fin de compte, en sera modifiée dans ses allures et dans sa marche ; de même la protopathie pourra recevoir un coup de fouet de la nouvelle maladie ; ainsi il est de toute évidence qu'un arthritique artério-scléreux verra son artério-sclérose aggravée par la syphilis, et inversement la syphilis devenir plus nocive ; pour peu qu'on le suppose un nerveux, nous voilà en pleine syphilis nerveuse. Il est donc de toute importance (et nous y insistons parce qu'on néglige trop souvent ce point de vue) *de première importance* de savoir quel était l'état de santé du sujet avant la syphilis, de lui prescrire alors le régime qui lui convient, de modifier sa nutrition dans le sens normal, de lui interdire certaines habitudes, d'en faire en un mot un terrain résistant, un mauvais milieu de culture pour le germe de la syphilis ; de cette façon on mettra toutes les chances du côté de son malade, et on lui permettra de supporter le plus souvent, sans trop de dommage, cette grosse avarie. On l'a dit depuis longtemps : on se fait sa syphilis soi-même. En règle générale (il y a pourtant des exceptions),

sur robuste constitution, syphilis bénigne ; sur constitution affaiblie, syphilis grave : le principal est de mettre son malade en état de résistance.

**Médication antiseptique.** — Cela fait, on remplira la seconde indication en employant la médication antiseptique, celle qui doit attaquer la maladie elle-même, sinon la détruire, du moins l'atténuer autant que possible. Pour cet office, les médecins depuis l'apparition du mal français ont essayé toutes les drogues, ont épuisé tout l'arsenal de la vieille pharmacopée. En définitive il est resté deux médicaments, le mercure et l'iode de potassium, agents vraiment merveilleux, vraiment antisypilitiques (le mercure surtout), dont les effets curateurs, sinon préventifs, sont certains. Il n'y a donc pas à hésiter et malgré l'antipathie qu'inspire toujours le mercure, c'est à lui qu'il faut avoir recours pour traiter la syphilis.

**MERCURE.** — Le mercure certes, n'est pas sans inconvénients ; qu'on l'administre, sous n'importe quelle forme, par n'importe quelle voie il peut, donné à certaines doses, causer des accidents. 1° Du côté de la bouche, de la salivation, des stomatites plus ou moins graves ; 2° du côté de l'estomac et de l'intestin le mercure ingéré (sous forme de bichlorure ou de protoïodure), donne des douleurs d'estomac, de la dyspepsie, des coliques, de la diarrhée ; 3° la nutrition générale s'altère sous l'influence du mercure, il se produit de l'anémie, de la faiblesse musculaire, etc ; 4° le mercure est cause de certaines éruptions, érythèmes polymorphes, scarlatiniformes, desquamatifs, etc. Voilà les troubles que peut occasionner l'administration du mercure. Mais en dehors d'une intolérance personnelle, qui se voit, du reste, pour d'autres médicaments, on peut dire que donné à doses moyennes, d'une façon non continue, le mercure est très bien supporté par les malades et ne leur cause même pas un désagrément. De plus la mise en bon état et les soins de propreté de la bouche et de la peau, une bonne hygiène alimentaire et générale, permettent presque à coup sûr d'éviter ces troubles. Enfin la surveillance des différents organes, la timidité dans le début du traitement, la précaution que l'on prendra d'avertir son malade de la possibilité d'un accident, la cessation immédiate du traitement (à moins d'indications spéciales) dès la moindre menace, achèveront de préserver le malade des quelques inconvénients du mercure.

Cette question de la nocivité du mercure écartée, comment va-t-on l'administrer ?

On emploie quatre méthodes :

1° Les *fumigations*, peu pratiques, ne sont guère utilisables qu'à l'hôpital, dans un service organisé ; mais en ville, dans la pratique journalière, elles sont inutilisables. Elles ne présentent, du reste, aucun avantage spécial ;

2° Les *frictions*. C'est une méthode des plus employée et d'un usage courant aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Elle peut être extrêmement énergique mais à part dans les cas spéciaux on l'emploie sous forme d'onguent napolitain à dose journalière de quatre grammes pour l'homme, de trois grammes pour la femme (toujours plus sensible que l'homme au ptyalisme mercuriel). Chez l'enfant on peut aller jusqu'à un ou deux grammes, dose énorme, étant donné le poids du malade ; mais l'enfant n'a pas de dents. Il est nécessaire de formuler la dose journalière et non une dose en bloc. Ainsi l'on prescrira :

Onguent napolitain.....	4 gr.
Pour une dose.....	F. S. A.
10 doses semblables.	

La friction sera journalière ; elle se pratiquera le soir à l'heure du coucher, sur un point de la peau quelconque, mais non velu : la friction se fera énergiquement en *frottant* pendant dix minutes environ ; puis on laissera sur la plaie frottée le linge qui a servi à la froter et qu'on entourera d'un tour de bande.

Les frictions peuvent se pratiquer pendant trois, quatre et cinq semaines. L'usage, à moins d'indications spéciales, est de se borner à un traitement de trois semaines avec intermittences de cure variables selon la tolérance du malade, l'époque de la maladie, etc.

C'est un traitement actif, puissant, qui peut être très précieux dans les cas de syphilis viscérale, on peut alors pousser les doses d'onguent napolitain jusqu'à 8, 10 et 12 grammes. Comme inconvénient il faut signaler en premier lieu, la stomatite qui survient rapidement, certaines éruptions, etc.

3° Les *injections* ne sont pas très utilisables dans la pratique de ville, elles nécessitent le repos complet du malade ; c'est dire qu'elles sont peu pratiques dans les syphilis ordinaires. On ne les emploiera que dans des cas graves menaçants (telle la syphilis cérébrale) quand il est nécessaire de faire passer dans le sang une dose massive de mercure. Encore quelques praticiens pré-

fèrent-ils l'onguent napolitain à forte dose. Pour les formules et le mode d'emploi nous renvoyons aux auteurs spéciaux.

4° *Ingestion*.—Deux médicaments ont gardé seuls la faveur des médecins parmi une foule de préparations diverses : ce sont le *bichlorure de mercure* sous forme de liqueur de van Swieten et de pilules de Dupuytren et le *protoïodure de mercure* en pilules.

La liqueur de van Swieten se donne à la dose de une ou deux cuillerées à soupe, de préférence dans un bol de lait. Les pilules de Dupuytren présentent la formule suivante :

Bichlorure d'hydrargyre.....	1 cent.
Extr. d'opium.....	2 —
Extr. de Gaïac.....	4 —

Formule défectueuse en ce qu'elle contient trop d'extrait d'opium et que M. Fournier propose de modifier comme suit :

Bichlorure d'hydrargyre.....	} à 1 cent.
Extr. d'opium.....	
Pour une pilule — à prendre deux par jour.	

Le sublimé est un remède énergique et, chose à noter, dont l'action sur la bouche est pour ainsi dire, insignifiante. Mais par malheur, il est souvent mal toléré par les voies digestives ; aussi ne peut-on en prolonger l'usage ni le donner aux femmes (1).

Le protoïodure, au contraire, est bien mieux toléré par l'estomac et ne donne lieu qu'à une diarrhée légère et souvent passagère, mais son action physique est plus marquée. Les célèbres pilules de Ricord ont la formule suivante :

Protoïodure d'hydrargyre.....	3 gr.
Extr. thébaïque.....	1 —
Thridace.....	3 —
Conserve de roses.....	6 —

Pour 60 pilules.

Chaque pilule contient cinq centigrammes de protoïodure et 16 milligrammes d'extrait thébaïque, ce qui paraît encore exagéré à M. Fournier qui modifie ainsi la formule :

Protoïodure d'hydrargyre.....	0 gr. 05
Extr. thébaïque.....	0 — 01

(1) Nous ne parlons pas du biiodure, base du sirop de Gibert, parce que l'estomac le tolère encore moins que le bichlorure.

Il est bon d'ajouter à cette masse pilulaire (celle de M. Fournier) qui durcit assez vite et dont l'action est alors nulle, un corps qui la maintient molle, soit de la thridace, de la glycérine, etc. En tout cas le malade doit veiller à ce que les pilules soient molles ; on risquerait, avec des pilules dures, de n'obtenir aucun résultat, ces corps durs passant à travers l'intestin sans être attaqués.

**IODURE DE POTASSIUM.** — Introduit dans la thérapeutique par Wallace (1830), popularisé par Ricord, l'iodure de potassium est un agent antisyphilitique de premier ordre, quand on l'applique aux productions de la période tertiaire (1). Il agit d'une façon très énergique, très intense contre ces accidents, mais il n'est pas sans quelques inconvénients, plus ou moins graves, le coryza, l'acné iodique, des fluxions des muqueuses que Fournier décrit sous le nom de grippe iodique, des névralgies, du purpura, des épistaxis, des œdèmes, des éruptions de divers ordres. Quelques-uns de ces accidents sont assez graves en eux-mêmes pour qu'on soit forcé d'arrêter l'absorption de l'iodure ; d'autres peu sérieux en eux-mêmes, revêtent une telle intensité que le malade refuse le remède (tels que le coryza, l'acné).

L'iodure est administré par la voie gastrique. Les injections sous-cutanées et les lavements d'iodure ne seront donnés qu'à titre d'exception. On le donne à des doses très variables selon la gravité des cas à traiter. Quand on le donne dans une syphilis pour le moment muette, à titre préventif, c'est à la dose de 2 ou 3 grammes ; si au contraire on se trouve en présence d'une gomme qui menace de s'ulcérer, d'accidents cérébraux, on débute d'emblée par 5 et 6 grammes pour arriver rapidement à 10 et 12 grammes. On le prescrit en solution telle que la suivante :

Iodure de potassium.....	20 ou 30 gr.
Sp. d'éc. d'or. amères.....	50 —
Eau.....	250 —

Chaque cuillerée à soupe contient 1 gramme ou 1 gramme 50 d'iodure. A ces doses l'iodure peut être irritant pour l'estomac ; il est bon de le couper largement d'eau ou de lait ou de bière. On le prendra immédiatement avant ou pendant le repas. Enfin dernière indication, pour éviter le plus possible les accidents, on débutera par des doses minimales, par exemple cinquante centi-

(1) Son action est nulle ou presque nulle contre les accidents secondaires. C'est un médicament des étapes tardives de la syphilis.

grammes par jour et on augmentera petit à petit jusqu'à la dose voulue.

**Direction générale du traitement.** — Dans la pratique courante il est préférable, quoi qu'en ait dit Diday, d'essayer de guérir la syphilis et non seulement de traiter les accidents au fur et à mesure qu'ils se présentent. On emploiera donc la méthode *préventive* c'est-à-dire qu'on traitera la syphilis dès son apparition (sous forme de chancre ou de roséole), qu'on la traitera énergiquement dès le début, les accidents présentés fussent-ils bénins. Les premiers accidents disparus, le praticien ne se croira pas quitte envers son malade car ce n'est pas pendant des mois qu'il faut traiter la syphilis, c'est pendant des années, deux, trois, quatre et même cinq années. Un traitement énergique et prolongé peut seul permettre d'espérer qu'on *éteindra* à jamais la syphilis et qu'on a tout fait pour prévenir le tertiariisme. Etant admis ce fait qu'il faut soigner la syphilis, comment dirigera-t-on le traitement ? C'est le mercure qui est encore le médicament de fond et c'est le seul qu'on emploiera dans les premières étapes de la syphilis, l'iodure n'ayant alors aucune action.

La forme sous laquelle on peut employer le mercure est plus difficile à déterminer et ce n'est qu'en présence du malade après avoir reconnu l'état de ses viscères et surtout de son appareil digestif qu'on se décidera à choisir tel mode d'emploi. Ainsi il est évident qu'on ne donnera pas du bichlorure à un dilaté de l'estomac, qu'on n'administrera pas des frictions à un eczémateux ; on voit que l'état du malade indique dans quelle voie il faut s'orienter. De même si la vérole est intense, si les accidents sont menaçants, il y a certains modes qu'on préférera ; une action énergique et rapide sera plus facilement obtenue par les frictions ou les injections que par l'absorption d'un sel mercurique. Bref il faut envisager et l'état du malade et l'état de sa syphilis. Ce n'est qu'en analysant son malade qu'on peut arriver à connaître tous les facteurs qui détermineront le médecin à choisir la forme à employer.

La forme est choisie. Supposons que le malade ait bon estomac et bon intestin ; on lui donnera du protoiodure à la dose de 10 centigrammes par jour. Va-t-on lui donner du mercure pendant un an, deux ans, sans arrêt ? Non, la cure doit être intermittente, c'est-à-dire qu'il y aura des périodes de repos et des périodes de traitement : M. Fournier le plus ardent défenseur de la méthode préventive, considérant qu'on peut dans la

plupart des cas donner le protoïodure, conseille de l'administrer comme il suit :

Pendant la première année qui suit l'apparition de la syphilis : 1<sup>o</sup> Dix centigrammes de protoïodure par jour pendant deux mois. Repos de un mois. 2<sup>o</sup> cure au protoïodure à 16 centig. de un mois et demi. Repos de deux mois. 3<sup>o</sup> Cure de un mois et demi. Repos de deux mois. 4<sup>o</sup> Cure de un mois et demi. En tout, quatre traitements mercuriels pendant la première année. Dans le courant de la seconde, trois cures ; pendant la troisième, deux seulement. Dans le cours de la troisième année intervient l'iodeure de potassium administré lui aussi par cures intermittentes de un mois à six semaines, à la dose de trois grammes par jour ; ces cures iodurées s'espacent de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne du début du traitement.

Tel est le schéma de M. F. Fournier, qui peut suffire à la grande majorité des syphilis mais qui ne tient pas assez compte de la marche parfois irrégulière des accidents et des manifestations graves qui peuvent survenir, même avec le traitement le mieux suivi. M. Fournier dit qu'alors il ne faut plus tenir compte des traitements suivis et courir au plus pressé. On aurait donc le plus grand tort, d'après l'auteur lui-même, de s'en tenir à la lettre du programme : il faut savoir en sortir et parer à toutes les éventualités (1).

Le même reproche peut s'adresser à tous les traitements systématiques. Il faut qu'on en soit prévenu et qu'on ne croie n'avoir plus rien à faire quand on a donné du protoïodure par cures intermittentes et répétées.

Malgré cela, il est bon d'avoir une règle générale dans le traitement, règle surtout applicable aux syphilis bénignes ou de moyenne intensité.

Le schéma d'un traitement général peut être fait avec d'autres modes d'administration du mercure. Tel est pour les frictions, celui du professeur Leloir : 1<sup>re</sup> année : frictions pendant 15 à 20 jours par mois pendant huit mois ; 2<sup>me</sup> année : frictions pendant 15 jours par mois pendant cinq ou six mois ; 3<sup>me</sup> année : quatre mois de frictions pendant 15 jours par mois ; 4<sup>me</sup> année : deux à quatre mois de frictions pendant 15 jours par mois.

**III. Traitement local des lésions syphilitiques.**—Tel est rapidement résumé le traitement général de la syphilis ; mais la

(1) De même on n'attendra pas la troisième année pour donner l'iodeure de potassium si le malade présente des céphalées, des douleurs osseuses, périodiques, musculaires, névralgiques, symptômes qui annoncent une infection profonde de l'économie.

syphilis se révèle par une série d'accidents érosifs, ulcéreux, etc., qu'il faut traiter localement. Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur ce chapitre.

*Chancre.*— Normalement le chancre est une lésion anodine qui guérit seule. Les soins de propreté, les lavages légèrement antiseptiques, un pansement avec du salol, de la pommade au calomel aident à la cicatrisation. Si le chancre suppure, des lavages avec un antiseptique plus énergique, le sublimé, des pansements à l'iodoforme deviennent nécessaires.

*Adénopathies.*—Elles disparaîtront surtout par le traitement général. Quelques applications d'onguent mercuriel, le repos aideront à la disparition.

*L'alopecie* si déplaisante et si suspecte est difficile à éviter. Néanmoins on prescrira des lotions à la liqueur de Van Swieten ; des onctions avec des pommades au sublimé.

Les syphilides *pepuleuses* suintantes seront lavées à la liqueur de Labarraque pure ou coupée d'eau, à la liqueur de Van Swieten, etc.; on pansera avec la poudre d'iodoforme, ou si l'on craint l'odeur, avec l'aristol et l'iodol. Quelques cautérisations au nitrate d'argent en crayon ou en solution à  $\frac{1}{10}$ , plus rarement au nitrate acide de mercure, aideront à la résolution.

Les *plaques muqueuses* se traitent surtout par les cautérisations. Quant aux *syphilides tertiaires*, les gommés ulcérées entre autres, il faut les traiter comme des foyers d'infection et avec la plus stricte antisepsie.

---

## SECOURS ET ASSURANCE

### POUR LES MÉDECINS

---

*Pendent opera interrupta.*

L'œuvre de la création d'une caisse d'assurance et de secours, pour les médecins n'est pas abandonnée. Son exécution est simplement suspendue : *Pendent opera interrupta.*

Grâce à l'esprit d'union qui semble prévaloir dans nos rangs, je crois que le moment est bien choisi, pour la reprise des *travaux interrompus.*

La caisse de secours et d'assurance est fondée sur le principe de la confraternité professionnelle.



De ce premier principe découle le fait de l'inutilité des examens médicaux : le candidat faisant une déclaration *qu'il est engagé dans l'exercice de sa profession et qu'il jouit d'une bonne santé générale.*

Le chiffre de la police sera de mille dollars payables à la mort de l'assuré.

La supputation de la prime d'entrée et de la prime de maintien de la police est faite sur l'hypothèse de deux cents assurés, comme premier noyau. Disons par exemple, cinq dollars d'entrée pour les frais d'administration et cinq dollars pour couvrir la première police échue, laquelle sera payée dans les trente jours qui suivront la preuve du décès.

Après un premier décès, appel sera fait pour un versement de cinq dollars destiné à faire face à la prochaine échéance. De sorte que la caisse portera toujours le montant d'une police à échoir.

Vous allez dire : vous ne prévoyez donc pas un fonds de secours ?

Oui, car le fonds de secours sera pris sur la contribution des membres admis en plus des deux cents premiers.

Sur les fonds versés par ces messieurs on prendra une somme de dix à douze dollars payable chaque semaine aux membres incapables de remplir les devoirs de leur état, suite d'accidents, de maladies, etc., etc.

La caisse versera aussi aux invalides temporaires un secours pendant une période ne dépassant pas 10 à 12 semaines consécutives.

Dans les cas de maladie incurable et d'incapacité consécutive d'exercer sa profession, et de pourvoir aux nécessités de sa famille, la caisse d'assurance pourra faire un prêt n'excédant pas 40 ou 50 pour cent de la valeur de la police de l'assuré ; telle police sera infirmée du montant ainsi prêté.

Dans le cas de prêt, le montant prêté ne sera livré que par rations mensuelles établies par la direction de la *Caisse*.

Voilà les grandes lignes de ce projet destiné à porter des consolations aux foyers visités par la maladie et par la mort.

Que chacun les étudie et fasse connaître ses suggestions. Si j'ai le bonheur de trouver cinquante adhérents, je me ferai un devoir de les convoquer en assemblée préliminaire, afin de jeter les bases d'une œuvre qui est l'un de mes rêves les plus chers.