

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Continuous pagination.

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

LA GAZETTE MEDICALE DE MONTREAL

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

VOL. I. MONTREAL, NOVEMBRE 1887. No. 10.

Congrès Médical de Washington

La neuvième session du Congrès International a eu lieu dans la capitale des Etats-Unis d'Amérique.

Les opinions concernant le résultat de cette réunion sont aussi nombreuses que l'avaient été les prophéties ; malheureusement pour son entier succès, les murmures de mécontentement parmi nos cousins américains ne furent pas simplement passifs ; le congrès eut à compter avec une opposition active déterminée et si mal dissimulée qu'elle a émoussé la confiance du monde dans le patriotisme de nos voisins républicains.

Il est trop tard maintenant, et, il l'a toujours été, pour chercher à savoir qui a erré. Que des erreurs aient été commises au début, personne ne peut le nier ; mais ceux qui ont organisé le congrès ont fait tout ce qu'il était humainement possible de faire, pour en assurer le succès sous tous les rapports.

Les erreurs qu'on pouvait remarquer étaient plutôt d'omission que de commission.

On comprend qu'elles étaient inévitables, quand on songe au grand nombre d'étrangers distingués qui étaient présents. Plusieurs ont dû se sentir parfois négligés ; au reste, ceux qui ont assisté à d'autres congrès en Europe doivent admettre que l'hospitalité qu'on leur a accordée à Washington valait autant que celle qu'ils avaient reçue ailleurs.

Washington est un centre bien convenable pour des réunions de ce genre : hôtels spacieux, salles nombreuses, chambres de lectures, théâtres, etc., enfin tout le confort en même temps que toutes les facilités nécessaires aux réunions de sections. Un inconvénient néanmoins se fit sentir dès le début ; les salles de sections étaient trop éloi-

gnées les unes des autres, et ceux qui voulaient assister à deux ou plusieurs sections pendant l'avant-midi, éprouvaient beaucoup de difficultés à y arriver.

Comme dans d'autres occasions, les sections étaient nombreuses, il n'y avait pas moins de dix-huit centres de réunion pour les différentes sections, outre le théâtre d'Albaugh affecté au congrès général. Le mode d'enregistrement des membres ne donna pas d'abord satisfaction mais fut promptement corrigé par l'aimable et infatigable secrétaire, le Dr Toner.

Quant aux essais et aux discussions dont ils furent l'objet, ils diffèrent considérablement de ceux présentés aux congrès antérieurs. On peut dire en toute sûreté qu'en général, les essais présentés par les savants Européens, étaient préparés avec beaucoup plus de soin, mais ceux des membres de la profession médicale des Etats-Unis n'avaient pas moins d'originalité. Ces traits étaient surtout remarquables dans les travaux de deux sections : ceux de chirurgie et de gynécologie.

S'il est bon de prendre connaissance des opinions des maîtres qui pratiquent dans les grands centres de population, il n'est pas moins intéressant d'entendre le témoignage de ceux qui, pratiquant sur les confins de la civilisation, ont été obligés de ne compter que sur leurs propres ressources, privés qu'ils étaient des avantages que donnent les grandes villes. C'est à cause de cela que le génie inventif du praticien américain a réalisé de singuliers et très intéressants développements.

Ce Congrès a-t-il fait progresser la science? Comme l'Écossais, je réponds par une autre question : les congrès, en général, font-ils progresser la science? Probablement non, mais ils la répandent et ce qui plus est, ils établissent des liens amicaux et sociaux entre les amis de la science. Sous ce rapport, Washington offrait beaucoup d'avantages. Il ne pouvait pas, il est vrai, nous faire visiter des ruines antiques, mais, de tous côtés, brillaient des preuves de prospérité matérielle et de progrès intellectuel.

Comme on pouvait s'y attendre, lorsque les dix-huit sections étaient ouvertes, l'assistance des membres ne pouvait être très nombreuse dans chacune ; elle variait d'une séance à l'autre.

On conçoit que dans un pays où la gynécologie est presque une rage, l'intérêt constamment soutenu et la présence assidue d'Apostoli de Paris, de Grailey Hewett de Londres, de Thomas Moore Madden de Dublin, de Marcy et Homans de Boston, de Kimball de Lowell, fut plus que suffisante pour donner de la dignité aux débats et prévenir ainsi l'imposition trop fréquente de prétendus cas intéressants.

Dans la section des maladies des enfants, les communications furent

hautement intéressantes, surtout celles qui portèrent sur le pied-bot. Elles donnèrent lieu à de longues discussions auxquelles prirent part les chirurgiens anglais, américains et canadiens.

Mais la section qui a le mieux maintenu son intérêt jusqu'à la fin fut celle de chirurgie. Plusieurs des essais de cette section sont de la plus haute valeur, par exemple, celui du Dr Nicholas Senn, de Milwaukee: "Contribution expérimentale à la chirurgie intestinale," fait époque en chirurgie, tandis que l'essai du Dr Homans sur la "Laparatomie" porte des marques d'habileté et de rare honnêteté.

A chaque séance de cette section, on pouvait voir des chirurgiens universellement connus, prendre part aux discussions qui suivaient chaque communication, tels que Procus de Londres, Chavasse de Birmingham, Sayre et Carnochan de New-York, Hingston de Montréal, McLean de Détroit et autres dont les noms sont familiers loin du champ immédiat de leurs travaux.

En somme on peut conclure que ce congrès sera extrêmement avantageux à la profession médicale de ce continent.

R A P P O R T

DU

CONGRÈS MÉDICAL DE WASHINGTON.

DISCOURS D'OUVERTURE.—Par le Président, le Dr N. S. DAVIS.

MESSIEURS,—Mon premier devoir est de vous rappeler que, s'il est quelqu'un à qui nous sommes plus qu'à un autre, redevable de tenir en Amérique le neuvième Congrès International de Médecine, quelqu'un de renommé par ses nombreuses contributions de littérature médicale, et qui avait été appelé à présider à vos délibérations, c'est le défunt Austin Flint, de New-York. La mort est venu brusquement suspendre ses travaux, au début de 1886, avant que l'œuvre de ce Congrès fut complétée. Son habileté, le nombre et le caractère de ses œuvres de littérature médicale, l'ont fait connaître et estimer de la profession dans le monde entier. La perte de cet homme illustre semble encore, comme au lendemain de sa mort, vraiment irréparable. Quoique disparu d'au milieu de nous, l'exemple de sa vie et le souvenir de son œuvre scientifique nous restent et exerceront leur bienfaisante influence sur les générations à venir. Laissons de côté cette pénible partie de ma tâche, et pénétré de mon inhabileté à succéder à ce grand homme, je vous offre mes remerciements pour l'honneur insigne que vous m'avez con-

féré en m'appelant à présider aux délibérations de cette grande et savante assemblée.

Messieurs, à vous qui avez laissé vos foyers et ceux qui vous sont chers dans des pays lointains, qui avez affronté la fatigue et les dangers d'un voyage par terre et par mer, au nom de la profession médicale de ce pays, je vous dis : *Soyez les bienvenus !* Bienvenue cordiale qui vous a été offerte, il y a trois ans, au nom de toute la profession dont vous voyez à vos côtés des représentants venus de l'Est, de l'Ouest, du Nord et du Sud, aussi bien que des âpres montagnes et des fertiles vallées du Centre.

S'ils n'arrivent pas à rendre votre séjour ici aussi heureux que celui de votre foyer, non seulement dans les cercles sociaux et les temples consacrés à l'avancement des sciences, de la littérature et des arts dans cette ville qui est notre orgueil, mais partout où il vous plaira de diriger vos pas, des côtes abruptes de l'Atlantique jusqu'à la Porte d'Or du Pacifique, il ne faudra pas en accuser un manque de dispositions de ce faire.

Bienvenue à vous qui êtes les représentants d'une profession dont l'objet est d'amoinrir les souffrances humaines en prévenant, en soulageant ou en guérissant les maladies partout où elles existent et quelque classe qu'elles frappent. Il y a plus, c'est avec le plus profond respect que je vous salue comme une noble confraternité, qui dans la poursuite de ce seul grand objet, ne connaît pas de distinction de pays, de race ou de croyance, mais qui panse les blessures et soulage les douleurs du riche et du pauvre, des maîtres et des serviteurs, du chrétien et du payen, de l'amî et de l'ennemi.

Non que chaque médecin n'aime et ne défende sa patrie et son foyer avec autant de zèle patriotique que les membres de toute autre classe de citoyens, mais parce que la maladie et la douleur ne sont limitées à aucune classe ni à aucun pays, son œuvre bienfaisante s'étend à tous ceux qui souffrent.

Avec un but connu si noble, il n'est que nature que vous recherchiez les meilleurs moyens de diminuer les souffrances humaines.

L'organisme humain vivant, objet principal de votre sollicitude, non seulement renferme le plus grand nombre de substances élémentaires et les organes les plus nombreux, et possède les fonctions les plus variées et si harmonieuses qu'elles représentent les opérations de toutes les lois de la physique, chaque degré de développement de la matière vivante, depuis le simple agrégat de *protoplasma* constituant la cellule primitive jusqu'au plein développement de l'homme, mais il est en relation importante et appréciable avec les objets matériels et les forces immatérielles qui existent dans le monde où il vit.

De là, la connaissance complète de l'homme, à l'état sain et à l'état malade, nécessite une étude parfaite, non seulement de sa structure et de ses fonctions, mais encore plus ou moins de chaque élément et des influences des milieux où il se trouve : la terre, l'air et l'eau.

La science médicale d'aujourd'hui n'embrasse pas seulement la connaissance de l'homme vivant, mais aussi tous les faits, les principes et les éléments fournis par toutes les branches du savoir humain, de manière à augmenter nos moyens de prévenir et de soulager ses souffrances et de prolonger sa vie.

Il y eut un temps où les études médicales n'embrassaient que les théories fantaisistes et les dogmes arbitraires de quelques chefs d'école suivis de disciples plus ou moins nombreux. Mais, grâce au progrès de la chimie générale et analytique et des diverses branches des sciences naturelles ; grâce à l'adoption du procédé inductif de raisonnement, le temps des dogmes théoriques et des sectes médicales attachées aveuglément à un *chef de file* est passé, ne laissant plus qu'une ombre légère à peine perceptible à l'horizon médical.

En effet, si nous promenons nos regards sur le vaste domaine de la médecine, nous voyons les dévots à cette science engagés à chercher de nouveaux faits, à colliger de nouveaux matériaux ; les uns étudient de nouvelles applications aux éléments déjà connus ; les autres armés du scalpel et du microscope s'enferment dans les salles de dissection, étudient nonseulement la structure, la position et les rapports de chaque organe, depuis les os et les muscles les plus développés jusqu'au petit leucocyte, à l'état sain, mais aussi toute déviation causée par action morbide ou la maladie. Ceux-ci scrutent les champs, les forêts, creusent la terre, analysent l'air, en quête de connaissances nouvelles concernant les causes de maladie et de nouveaux agents médicamenteux ; ceux-là s'enferment dans les laboratoires, aidés de tous les moyens d'investigation, analysent les produits pathologiques et les remèdes nouveaux, séparent les principes actifs des matériaux grossiers et démontrent leur action sur les animaux vivants, tandis que le plus grand nombre sont au chevet des malades et des blessés appliquant à l'humanité souffrante les connaissances acquises par tous les autres travailleurs. Quelle autre profession, messieurs, quelle autre classe d'hommes a devant elle un champ plus vaste, plus actif et plus bien-faisant ! C'est ainsi que la science de la médecine devient un immense agrégat de faits qui s'enchaînent assez intimement pour qu'on en fasse des déductions d'une valeur permanente, tandis que d'autres restent isolés, chaînons perdus dans le champ incomplètement cultivé des investigations scientifiques, élément d'erreurs pour ceux qui volent à des conclusions hâtives.

Vraiment, le trait le plus défectueux et le plus embarrassant de la science et de l'art de la médecine de nos jours, est précisément la rapide accumulation de faits fournis par le grand nombre de chercheurs ; chacun poursuit ses recherches dans une direction spéciale sans s'occuper de ses compagnons d'étude, et sans se rendre compte des éléments collatéraux nécessaires à l'appréciation des faits dont il veut faire valoir la portée. De là, il donne de simples coïncidences pour des relations de cause et d'effet, et les pages de notre littérature médicale sont *chargées* à la hâte de conclusions prématurées et de règles de pratique fondées sur des données inadéquates.

Ce résultat est imputable, en partie du moins, à l'étendue et à la variété des champs d'investigation et à la complexité des problèmes à résoudre. Car, nulle part ailleurs, dans le domaine de la pensée humaine, l'esprit ne rencontre de problèmes qui exigent pour une solution correcte, un plus grand nombre de données positives, que dans l'étude de l'étiologie et de la pathologie. Il n'est pas possible à un seul individu, ou à un grand nombre d'observateurs agissant séparément ou sans entente, de déterminer les conditions appréciables de la terre, de l'air et de l'eau d'un pays, avant, pendant et après l'invasion d'une maladie épidémique assez prolongée pour nécessiter plusieurs visites. Et cependant, cette connaissance complète est nécessaire pour nous permettre d'éloigner les conditions qui sont purement accidentelles de celles qui sont constantes. Et ce n'est que par les observations communes, persistantes et systématiques de plusieurs individus, chacun ayant un rôle défini, les résultats étant soigneusement comparés analytiquement et synthétiquement ; que les conditions réelles et les lois qui régissent la prévalence et la sévérité des épidémies et des endémies peuvent être clairement démontrées. Il ne suffit pas de découvrir l'infection primaire, ou le *Contagium vivum*—que ce soit le bacille du choléra, de la fièvre jaune ou de la tuberculose—car l'expérience prouve surabondamment qu'aucun de ces facteurs n'exercera ses ravages dans une population ou un pays où il ne trouvera pas les éléments propres à le faire vivre et à le propager.

Toutes les mesures sanitaires importantes des temps modernes sont dues au développement et à la diffusion des connaissances des conditions locales nécessaires à la réception et à la propagation des maladies spécifiques infectieuses.

C'est l'extrême extension du champ de la science et le sens de la responsabilité individuelle, aussi bien que la complexité des problèmes à résoudre qui ont fait que les médecins recherchent les conseils de leurs confrères et forment des associations d'études en vue d'un progrès mutuel. Les avantages manifestes qui découlent de cet échange

de connaissances les ont portés à agrandir le cercle de leurs associations ; c'est ainsi que les membres les plus actifs de la profession dans chaque pays ont créé des sociétés médicales, municipales, de district, nationales et internationales.

Dire les bienfaits de ces associations est simplement impossible. La comparaison fréquente des cas et des opinions nous habitue à observer plus soigneusement, tandis que les préjugés étroits et la bigoterie s'effacent pour laisser le champ libre à une émulation généreuse et à des rapports sociaux plus convenables. Les discussions agrandissent le champ de la vision intellectuelle, ouvrent des voies nouvelles à l'activité de la pensée. C'est à ces associations que l'hygiène et la médecine doivent les progrès réalisées depuis un demi siècle.

Quelles sont les conditions à remplir pour arriver à retirer le plus de profit de l'association professionnelle médicale ? J'en connais deux que vous me permettrez d'indiquer. Chaque société médicale devrait avoir deux comités permanents, l'un serait chargé de faire l'examen critique expérimental de toute découverte nouvelle ayant trait à la médecine, l'autre s'occuperait de la solution des problèmes de pratique médicale proposés à la société.

Une partie des contributions des membres devrait être affectée à des investigations systématiques et continuelles.

C'est par l'association que l'éducation s'est plus répandue pendant ce siècle que durant toute autre période de l'histoire du monde.

C'est par l'association du capital fortifiée par celle des intelligences du XIX^{me} siècle que les grandes voies du commerce ont sillonné les vallées, traversé les déserts et les océans partout, grâce au pouvoir irrésistible de la vapeur, les richesses matérielles de tous les peuples ; tandis que les produits de l'esprit humain circulent portant avec la vitesse des courants électriques. Le temps et l'espace sont à ce point réduits que les nations les plus éloignées sont aujourd'hui voisines et que les hommes conversent tous les jours d'une extrémité à l'autre du globe. Ce que nous faisons aujourd'hui sera, dans une heure, connu au quatre coins du monde.

Je vous félicite, messieurs, de ce fait que la profession que vous représentez a été la première entre toutes à profiter des grands progrès matériels de ce siècle, pour cultiver des rapports fraternels, développer et échanger des connaissances, et se concerter afin de rendre partout la vie humaine plus vigoureuse, plus heureuse et plus durable. Espérons que ce neuvième *Congrès International* ajoutera au bonheur de l'humanité par la généralisation des idées de progrès scientifique, et par une émulation généreuse dans la carrière du bien.

La médecine scientifique et la bactériologie devant la méthode expérimentale.

Par le professeur SEMMOLA, de Naples.

MESSIEURS,

Appelé par la Commission exécutive à l'inestimable honneur de faire dans cette enceinte, une conférence sur un sujet de médecine générale, il me faut, tout d'abord, exprimer ma profonde gratitude pour ce choix inespéré, eu égard à mes faibles mérites. Il me faut aussi, faire appel à toute votre indulgence qui, j'ose l'espérer, ne me fera pas défaut dans la difficile carrière que j'ai entrepris de fournir : et je n'aurais certes pas confiance en mes faibles forces, si je ne me sentais soutenu dans l'accomplissement d'une tâche aussi périlleuse qu'en viable, par l'ardent désir de m'acquitter dignement de la glorieuse mission que m'a confiée le gouvernement italien, en prenant part à cette fête de la science médicale.

Au nom de la science médicale d'Italie, je vous salue donc, illustres collègues des Etats-Unis, infatigables champions du progrès de la médecine dans le nouveau monde; et, ce m'est un devoir bien doux de vous remercier de l'exquise courtoisie de votre accueil sur cette terre qui symbolise, dans sa majestueuse splendeur, l'avenir des peuples libres.

Fils très humble de l'Italie, mais fervent admirateur des incontestables titres de noblesse si glorieusement acquis par elle dans l'histoire de la pensée et de la science, je n'ai pas de plus cher désir que de voir cette mère féconde honorée à l'égal de ses mérites. Vous m'approuverez donc, vous, grands patriotes, et me verrez d'un œil bienveillant, m'acquitter ici d'un devoir envers ma chère patrie, en vous parlant d'une de ses grandes découvertes, source des progrès actuels de la médecine, je veux dire de la méthode expérimentale née en Italie avec Galilée, seule boussole dont l'aiguille marqua toujours la voie du progrès scientifique, boussole sans laquelle le plus habile pilote court droit à l'abîme.

Dès les temps les plus reculés, une des plus anciennes maximes de la médecine presque aussi vieille que la misère humaine fut : *conservez la santé et guérissez la maladie*. Voilà le précepte qui nous mènera au véritable but de nos études et qui préservera le médecin le plus passionné pour son art de la tentation de croire que les études médicales.

peuvent être inspirées et satisfaites par la simple curiosité scientifique. Sans les malades, il n'y aurait jamais eu de médecins. Le platonisme médical est absurde dans la société et l'antique sarcasme : *medice cura te ipsum*, renferme toute l'ironie du monde pour le médecin impuissant à alléger ses propres souffrances.

Je conçois qu'un physicien ou un chimiste délaisse la mécanique et les applications industrielles, je comprends qu'un botaniste ne soit pas agronome, mais je ne puis comprendre que la principale occupation d'un médecin ne soit pas l'observation et la guérison des malades, car c'est là le véritable et l'unique but de sa mission.

Pour moi donc, comme du reste pour tous les grands médecins, la mesure du progrès réel en médecine ne peut et ne doit être fournie que par le nombre de malades réellement sauvés et guéris grâce à la science. Cette mesure pourra paraître bien vulgaire à quelques esprits, mais c'est la dure réalité qui l'impose, cette même réalité inexorable qui fait, qu'au point de vue de la civilisation, l'évolution de la médecine est une des plus importantes fonctions de la machine sociale, parce que partout où un groupe d'hommes est réuni, dans un but commun, la médecine représente l'un des intérêts de la collectivité. *Mens sana in corpore sano*, s'écrie le poète pour exprimer le summum de la félicité humaine.

Quelle que soit la condition de l'homme, son plus grand intérêt est de conserver la vie et la santé, parce que la maladie et la mort représentent le désordre, l'angoisse, la désolation du foyer domestique ; la solidarité qui unit les membres d'une même famille, s'étend à la société toute entière, et quelque fois la mort d'un seul homme peut être une calamité publique, compromettre ou changer les destinées d'un peuple.

Voilà pourquoi, dans la médecine plus que dans aucune autre branche du savoir humain, le désir de résoudre les problèmes posés se montre vif et ardent.

Il est naturel, en effet, que l'espoir toujours trompé et sans cesse renaissant de découvrir la vérité ait soutenu à travers tant de siècles, soutienne et doive toujours soutenir les générations humaines dans leur ardeur à pénétrer le mystère de l'organisme sain ou malade.

A partir de la grande époque grecque de Phidias et de Platon, époque dont les immortelles pages d'Hippocrate constituent l'expression scientifique, jusqu'à celle de Pasteur et de Koch, en d'autres termes, depuis ce temps où l'homme guidé par le seul sentiment se croyait en possession de l'absolu, jusqu'à l'époque moderne où la raison et l'expérimentation vont satisfaire nos aspirations vers la vérité ; la médecine, en exceptant toutefois cette longue période de stagnation du moyen-âge, s'est développée, grâce à la simple observation clinique

(dépouillée de la précision de nos moyens actuels d'investigation) et a fait de précieuses conquêtes malgré des orientations diverses, vivant le lendemain des découvertes de la veille, et ne reniant jamais son passé, dans lequel, malgré ses plus acharnés adversaires, elle trouvait toujours soutien et conseil dans sa marche en avant.

Ainsi se passèrent vingt siècles, pendant lesquels, avec l'instinct épuré jusqu'au sentiment et grâce aux abus de la raison prostituée à la scolastique, le sens intime de la nature resta lettre morte en médecine, à l'exception de quelques grands génies qui constituent en somme la tradition médicale et qui s'efforcèrent de ramener la science à l'étude de la nature humaine appuyée sur l'observation et l'expérience. Mais rien ne pouvait encore fixer ces éclairs de génie, une base solide ne devait s'établir pour eux, qu'au commencement du XVII^e siècle où d'admirables conquêtes ouvrirent un sûr accès dans le domaine scientifique. Alors seulement, les progrès incessants des sciences physico-chimiques permirent, s'ils n'imposèrent pas à la Biologie, de prendre sa place parmi les sciences expérimentales : avènement qui devait préserver la médecine de bien des naufrages. Alors seulement, après tant de siècles de superstitions et d'erreurs, la médecine vit poindre dans le ciel la véritable étoile qui devait sûrement guider ses pas. Cette étoile, Messieurs, c'était l'expérimentation, c'est-à-dire l'étude de la réalité objective des phénomènes naturels, troisième et dernière étape de l'évolution de l'esprit humain, d'où devait surgir que cet enseignement, que la vérité, dans le monde extérieur, ne se peut formuler par le sentiment ou la raison, en d'autres termes, suivant l'heureuse expression de Berthelot, que le monde ne s'édifie pas par la divination, mais par l'observation.

En effet, avec ce guide, l'homme accomplit des prodiges dans toutes les branches du savoir et atteignit à la perfection de ses plus fameux devanciers de l'époque grecque et alexandrine ; l'histoire des sciences expérimentales est le poème sublime de l'humanité aux prises avec la nature pour la soumettre et l'asservir.

Il est facile d'imaginer quels élans emportèrent les médecins vers ce but glorieux, poussés par le noble désir de combattre, de vaincre, eux aussi, le plus terrible ennemi de l'homme, la maladie. Mais la vérité, fruit de la science, exige comme les autres fruits de la terre, pour donner des espérances de récolte : le travail du sol, l'ensemencement, l'apparition des fleurs. Malheur à l'agriculteur qui jette le bon froment sur le sable, comptant sur l'excellence de la semence pour assurer la moisson ! Et le médecin qui voudrait l'imiter à l'ombre de la méthode expérimentale ne serait pas moins à plaindre que ses prédécesseurs qui, armés de la logique la plus serrée, arrivaient à l'erreur.

Je comprends que la curiosité du savant, du médecin surtout, soit impatiente ; je sais que la curiosité est, comme on le dit depuis des siècles, la mère de la science qui ne révèle ses secrets qu'aux esprits curieux. S'éprendre des nouveautés est, je le sais encore, chose fort naturelle dans les temps tourmentés ; les fortes commotions, en quel-qu'ordre d'idée que ce soit, réveillent l'impatiente activité des esprits révolutionnaires.

Je comprends enfin que les lenteurs de la marche en avant suscitent des réactions nécessaires aux progrès et qu'il faille alors supporter les excès de ces commotions profondes qui surviennent dans l'ordre social ou scientifique. Mais il doit arriver fatalement un moment où l'esprit de recherche fait une pause, arrêté par cette pensée que la nature ne procède pas par bonds, et que le savant, tout en reconnaissant que les révolutions sont une nécessité historique de l'humanité, a le devoir de les faire rentrer dans les limites marquées par la loi de l'évolution. Cette harmonie qui règle l'évolution et la révolution dans la voie parcourue par une science a pour mesure les bienfaits que son développement assure à la société, dans l'ordre physique comme dans l'ordre moral, car le bilan réel du bien et du mal dans la vie représente, sans conteste, la seule mesure du progrès de l'humanité.

Or, quand apparaissent dans ce bilan, lacunes et déconvenues et que surtout, de l'avis de tous, la voie parcourue est la meilleure, force est bien d'avouer que quelque chose est en défaut dans la machine et qu'un rouage est cassé.

Mais alors, le résultat est plus mauvais que si l'on n'avait pas fait fausse route. Je vous prie de me suivre, messieurs.

Aujourd'hui, plus que jamais, la médecine prétend se régénérer, et elle a le droit sinon le devoir de suivre l'exemple des sciences qui la précédèrent dans cette noble aspiration. Parce que moins complexe, son étude est peut-être plus facile. La médecine en est arrivée à cette période d'évolution où, pour toute science, se montre la même fièvre, le même besoin de pénétrer dans leur essence, les phénomènes naturels qui ne sont, pour elle, que les actes de la vie dans l'organisme sain ou malade.

Avec la méthode expérimentale pour guide, elle aspire à la précision mathématique qui s'impose de plus en plus dans les autres sciences ; elle espère de cette façon établir le code définitif d'où ne devront jamais s'écarter ses adeptes pour guérir les maladies.

Nouvel âge d'or, nouvel époque de lumière pour l'humanité !

On pourra dire alors que le but final de la médecine n'est pas seulement "*ars medendi*" mais "*ars semper sanandi*."

Il n'y a pas, sur ce point, de contestation possible ; la thérapeutique,

en effet, fut toujours le but des grands médecins ; la clinique elle-même, sans la thérapeutique, ne serait qu'une stérile méditation sur la mort ; et quiconque ébloui par les progrès de la science se laisse entraîner à oublier cette vérité fondamentale, sentira le sol manquer sous ses pieds et s'agitera dans les ténèbres du vide.

C'est là ce que nous enseignent l'histoire. Et quand on pense qu'au milieu du chaos, des erreurs, des aberrations parmi lesquelles, pendant tant de siècles, s'agitait la médecine, la tradition nous a transmis des spécifiques merveilleux qui s'imposent aux plus sceptiques et constituent encore la plus grande, la plus lumineuse démonstration de l'efficacité de la thérapeutique (mercure, quinine, iode, etc.), quand on constate, d'autre part, que les plus stupéfiants progrès scientifiques n'ont pas encore fait connaître le plus infime remède à mettre en parallèle avec ces trouvailles de l'empirisme dans le traitement des plus grandes affections, le doute doit se glisser dans l'esprit du médecin qui pense et qui sait, et plutôt que d'assister, d'un cœur léger, au magique défilé des nouveaux remèdes enfantés par la méthode expérimentale, remèdes qu'on consacre chaque jour sur les autels pour les fouler le lendemain dans la poussière, il préfère se réserver et méditer sur ces fantasmagories d'un jour qui ne peuvent sérieusement constituer le bilan du progrès scientifique.

Telle serait la conduite du plus hardi voyageur qui, fatigué de sa longue route sans voir jamais approcher le terme de sa course, découvrant au contraire à chaque pas des horizons nouveaux qui lui montrent le but toujours plus éloigné, sentirait le besoin de faire halte afin de rassembler ses forces et de s'assurer qu'il n'a pas quitté le droit chemin.

Daignez me prêter encore attention, Messieurs.

La méthode expérimentale a pour but la recherche de la cause déterminante ou prochaine des phénomènes de la nature. Le principe sur lequel elle repose est la certitude de l'existence de cette cause déterminante : son procédé de recherche est le doute philosophique ; son criterium et son guide : l'expérience. En d'autres termes, le savant croit, d'une façon absolue, à l'existence de cette cause qu'il recherche, mais il doute toujours l'avoir trouvée jusqu'à ce que l'expérience lui ait péremptoirement démontré qu'il est dans le vrai.

La méthode expérimentale n'est, en somme, autre chose que la marche naturelle de l'esprit humain à la recherche des vérités scientifiques du monde extérieur à l'aide du sentiment, de la raison et de l'expérience fonctionnant en toute harmonie. Elle n'admet aucune autorité, aucun dogme ; elle repousse absolument tout système, toute doctrine fondée sur l'hypothèse. Ce n'est pas là de l'orgueil. Il y a de l'humilité, au contraire, pour le savant, à nier l'autorité individuelle, à

douter de soi-même et à soumettre tout au contrôle de l'expérience. *Le seul intermédiaire qu'il doit y avoir entre le savant et les faits*, disait Gœthe, *c'est l'expérience*. L'observation rigoureuse des phénomènes, telle est la première opération ; vient ensuite la coordination des faits, bien différente du fait lui-même, laquelle conduit à la formule qui exprime la loi de la manifestation des phénomènes. Enfin surgit le besoin de rechercher la cause ou occasion des faits et c'est là que commence pour la méthode expérimentale un difficile labeur. La recherche de ces causes occasionnelles conduit à la connaissance des conditions sous l'influence desquelles se manifestent les faits ; alors seulement le savant peut formuler la loi de leur apparition ou de leur cession. Sans cette connaissance, la simple notion causale ne peut être logiquement féconde parce que les lois ne sont pas les causes ni les causes les lois, quoi qu'en ait dit quelques philosophes distraits.

Il est évident que cette recherche des causes est la plus ardue et la plus compliquée parce qu'après l'observation des faits et de l'ordre dans lequel ils se succèdent, il est toujours besoin d'une hypothèse qui prépare la découverte de la vérité causale. Cette hypothèse, comme disait Newton, *est une espèce d'aurore, de lumière crépusculaire qui commence à faire apercevoir la vérité, d'abord d'une manière vague, puis l'éclaire peu à peu aux rayons de l'expérience et la fait enfin resplendir de la plus éclatante lumière.* Alors seulement l'hypothèse passe au rang des vérités. Mais l'observateur honnête doit être prompt à oublier son hypothèse si elle n'est pas confirmée par la sincère interrogation qu'il a posée à la nature. Le véritable savant doit toujours s'oublier lui-même, ne point se montrer satisfait de sa propre intuition, fût-elle inspirée par le génie, chercher tous les moyens de la soumettre au contrôle de l'expérience avant de la proclamer comme vérité définitive.

La méthode expérimentale se compose donc de trois éléments : observation, hypothèse, vérification. Ces trois éléments sont distincts mais inséparables : l'hypothèse intervient pendant l'observation et la vérification. L'observation a son influence dans la nature de l'hypothèse dont elle est le point de départ et dans la vérification car elle en constitue l'essence même. Le dernier élément enfin est inséparable de l'observation qui est son instrument et de l'hypothèse qu'elle détecte ou confirme. L'expérimentateur qui après avoir fait une nouvelle et spéciale observation et avoir conçu une hypothèse hardie, au lieu de se livrer à d'impartiales expériences pour établir une vérité sur une base inébranlable, préfère s'enthousiasmer de son hypothèse et sans s'occuper de la contrôler, la lance au quatre coins de l'horizon affirmant que c'est un fait démontré et torture la nature pour justifier son enthousiasme, cet expérimentateur est, en réalité, traître à la science, il n'aime que lui

et non la vérité, car faisant fonds sur la crédulité servile des masses ignorantes, il sacrifie le vrai progrès aux joies vaniteuses que peut donner la paternité d'un nouveau système. Travaillé par un esprit de faiblesse et de domination, cet homme même érudit ne mérite pas le nom de savant, car il n'est pas animé du sentiment que, sous une forme paradoxale peut-être, Pascal exprimait en ces termes : "*Nous ne recherchons jamais les choses, mais la recherche des choses.*" L'expérimentateur ami du vrai progrès ne supprime rien dans ses recherches, il ne s'émeut point des résultats contraires à son attente, disait l'immortel Claude Bernard, mais il redouble d'ardeur, il sait bien que passer sous silence des résultats défavorables ce n'est pas les supprimer, ou bien il s'illusionnerait grandement, comme l'oiseau qui pense faire disparaître le danger en se cachant la tête dans le sable.

Telle est donc la voie que doit suivre la médecine si elle veut se régénérer. Il n'y a là ni concession ni exception possible : ou bien l'empirisme ancien ou nouveau, ou bien la méthode expérimentale. On peut imaginer une science en voie de constitution, mais non l'édification d'une science qui renie à chaque pas son code originel.

Le problème de la science médicale est en apparence des plus simples : déterminer les conditions d'existence des phénomènes vitaux pendant la santé et la maladie. La physiologie devait constituer la première étape. Je n'ai certainement pas l'intention de rappeler le rôle de la méthode expérimentale dans la physiologie moderne. Tous les médecins savent, en effet, que, bien appliquée, elle est en état de pénétrer le mécanisme compliqué des fonctions et qu'elle a jeté en clinique une vive lumière.

Et cependant, pour arriver à ce degré de certitude, il n'a pas fallu moins d'un demi-siècle d'études, sans compter les précieux éléments conquis par la biologie, dès la fin du siècle passé, et les *errata corrigés* que réclamaient tant de points de la science après de longues périodes pendant lesquelles l'on croyait fermement à l'indestructible établissement de vérités incontestables ; et pendant que le patient et honnête physiologiste, avec une ardeur qui ne se dément jamais, que peut seul inspirer l'amour de la vérité, étudiait, fouillait l'objet de ses recherches qui ne lui faisait jamais défaut, se consolant de l'insuccès du jour par la certitude de la possibilité de continuer le lendemain ses investigations ; l'humanité, en effet, continuait de son côté à vivre tranquillement sans souci du comment l'estomac digère, du pourquoi le foie sécrète et présente constamment et inconsciemment au savant les mêmes problèmes sans songer, qu'autour d'elle, veillent tant d'honorables espions qui prétendent soulever chaque jour un autre coin du voile qui cache le mystère de ses joies, et ses joies sont les fonctions de l'organe sain.

Et cependant, après tant de temps écoulé, au milieu de conditions si favorables à l'étude, qui oserait affirmer aujourd'hui que nos connaissances acquises en physiologie humaine constituent la plus grande ou la plus petite partie de ce qui nous reste à connaître ? Il suffirait de se rappeler, à cet effet, combien nous savons peu de choses relativement à la chimie biologique du sang, et que les notions hématologiques qui paraissaient le mieux établies aujourd'hui, sont, à cette heure, menacées d'une véritable révolution, par les récentes recherches d'un savant illustre, Angelo Mosso, l'honneur de l'Italie.

Logiquement, les partisans de la méthode expérimentale, auraient dû être effrayés des difficultés colossales, inimaginables qui les attendaient à leur entrée dans le champ beaucoup plus épineux de la pathologie et de la thérapeutique. Il suffisait de penser, que les conclusions imparfaites auxquelles on pouvait arriver n'étaient pas indifférentes pour l'humanité et que le redressement des erreurs du jour serait toujours trop lent, eu égard aux funestes conséquences déjà survenues parce que l'homme malade n'attend pas, ne peut et ne doit pas attendre.

Ces difficultés et ces pensées, qui n'avaient pas manqué de frapper certains grands esprits comme celui de Claude Bernard, échappèrent à la plupart et quand le grand physiologiste, après tant d'années de laborieuses recherches, arrivait à cette conclusion, que la médecine, n'était pas encore en état de se constituer scientifiquement, ces derniers médecins se contentèrent des apparences sans se faire une idée nette de l'immensité des vastes problèmes qu'ils pensaient résoudre grâce à la méthode expérimentale.

Cette ingénuité est par elle-même désastreuse pour les résultats, parce que tout est harmonie dans la nature, la force doit être proportionnée à la résistance, c'est la seule méthode qui nous prépare à l'observation et à l'étude de la nature. Autrement, il faut suppléer à l'insuffisance de la force par la fantaisie et l'on se trouve lancé, sans s'en douter, en pleine scolastique.

Cette manière de procéder est certainement nuisible au point de vue des progrès effectifs de la pathologie et de la clinique, mais elle est absolument désastreuse pour la thérapeutique. Une hypothèse hardie plus ou moins vraie, plus ou moins fausse, n'ayant d'autre but que la satisfaction de la curiosité du médecin pour expliquer, d'une façon plus ou moins plausible, des phénomènes morbides très obscurs, n'est qu'une innocente illusion ; elle pourrait changer chaque jour au goût de chacun sans qu'on ait à s'en plaindre. Mais quand cette hypothèse, non encore soumise au contrôle de la méthode expérimentale, doit diriger le traitement des malades, c'est une toute autre affaire. Le médecin commet là une mauvaise action qui n'a pas d'excuse dans la

fébrile ardeur de guérir, parce qu'il n'est pas permis à un honnête homme de concevoir des désirs même les plus louables. lorsque sa conscience lui crie qu'il n'est pas possible d'y donner satisfaction sans dommage pour un de ses semblables, et le sentiment de cette impossibilité résulte de ce seul fait que tel ou tel remède rationnel n'est pas issu de la méthode expérimentale.

Si on procédait de la même manière en physique ou en chimie, tous les industriels qui ouvriraient des fabriques à l'exploitation fondées sur de telles données scientifiques perdraient leurs capitaux et feraient banqueroute. Le pauvre malade lui, doit tout subir !.....

Je ne sais vraiment pourquoi s'élèvent tant de clameurs contre l'empirisme des autres temps, alors que l'application des nouveaux remèdes ayant pour base une méthode expérimentale vicieuse est bel et bien une autre forme non moins déplorable de l'empirisme passé. Dans l'empirisme traditionnel, la médecine tuait ou guérissait sans savoir comment, c.-à-d. sans avoir la moindre notion sur le remède et sur la maladie. La médecine scientifique agit de même alors que, abandonnant la recherche du vrai, elle se laisse guider par de fausses raisons. Toutes deux sont aveugles, l'une comme la face de l'ignorance, l'autre comme le masque de la science.

Tout autres sont les exigences de la méthode expérimentale lorsqu'il s'agit de poser la première pierre du véritable édifice thérapeutique. Qu'a fait, que fait encore la physiologie? A l'instar de la physique et de la chimie, elle étudie les conditions d'existence des phénomènes, pour en formuler les lois et en pouvoir régler l'apparition et la fin. La pathologie et la thérapeutique doivent agir de même, parce que l'organisme sain n'est pas un champ d'action passif qui sert de théâtre à la lutte de la maladie et du remède dirigé contre elle. La méthode de recherche est donc partout la même. Il n'y en a pas deux, pas plus qu'il n'existe deux sciences mécaniques applicables l'une à un monument qui croule et l'autre à une édifice en construction, car tous deux sont régis par les mêmes lois de la pesanteur et de l'équilibre.

Une des plus grandes conquêtes modernes de la méthode expérimentale appliquée à la biologie, a été la démonstration de ce fait que, dans l'étude des manifestations de la vie il fallait s'engager dans les mêmes voies qu'avaient suivies la physique et la chimie pour mettre au jour les mystères de la nature inanimée. De même que rien dans les phénomènes mécaniques de l'organisme vivant, ne peut les faire distinguer des phénomènes du même ordre dans un appareil quelconque si ce n'est la différence des instruments qui les accusent, de même la série infinie des phénomènes qui distinguent l'être vivant est composée de phénomènes physiques et chimiques qui rentrent parfaitement dans la

même physique et dans la même chimie qui règle les manifestations des corps inanimés. De telle sorte qu'il n'y a pas deux mécaniques, deux physiques ni deux chimies. Mais il y a cependant dans les êtres vivants des conditions spéciales et particulières de la nature soumises, il est vrai, aux lois physiques et chimiques mais différentes cependant des lois formulées d'après l'étude de la matière inanimée. Sous ce rapport, la vie n'est qu'une modalité des phénomènes généraux de la nature c'est-à-dire que, tout en possédant une spécialité de substance et de formes qui en caractérisent les manifestations, tout en devant toujours rester par l'un de ses côtés, l'origine inaccessible à nos recherches, car à ce point de vue, vie signifie *Création*, la vie est en réalité l'expression de lois qui la confondent avec les autres phénomènes du monde cosmique.

La médecine scientifique et expérimentale a pour but de découvrir les conditions d'existence de ces phénomènes propres à la vie c'est-à-dire d'en préciser les causes déterminantes ; mais là s'élèveront ses colonnes d'Hercule. Pour elle, comme pour les autres sciences, la recherche du pourquoi est une illusion. La cause primordiale créatrice directrice est inaccessible ; et à tout savant il suffit de connaître dans quelles conditions physiques ou chimiques tel ou tel phénomène se produit pour pouvoir le modifier et s'en servir à propos.

Quels sont les phénomènes objets de l'étude du médecin ? les perturbations fonctionnelles c'est-à-dire des symptômes de maladies.

Quelles sont les conditions physiques et chimiques de ces phénomènes ? les causes internes des maladies. Telle est la formule plus simple du problème pathologique pour arriver à la troisième phrase de la solution c'est-à-dire comment peut-on artificiellement modifier ces conditions physiques et chimiques morbides pour les ramener aux conditions physiques et chimiques normales, faire en conséquence disparaître l'état pathologique et rétablir les fonctions normales ?

Il suffit, Messieurs, d'énoncer cette série de problèmes pour donner l'idée d'une œuvre capable d'effrayer nombre de générations. Cet aveu sincère et honnête me paraîtrait devoir constituer la meilleure préface pour la médecine scientifique de l'avenir. Il n'y a pas d'autre issue. Si l'on veut édifier la médecine scientifique, telle doit être la progression logique de son développement.

Hors de cette voie, tout est empirisme et ignorance, parce qu'il n'y a pas de demi-science, ou de sciences conjecturales. En suivant ces principes, le médecin, à l'instar du physicien et du chimiste sans prédécesseurs, qui commencèrent par étudier à fond les conditions d'existence des phénomènes naturels, pour les modifier ensuite et les utiliser à son profit, le médecin, dis-je, reconnaîtra alors combien est absurde cette

phrase que l'on répète si souvent aujourd'hui, dont il abuse lui-même, au nom d'un progrès mal entendu, que l'homme commande à la nature. Non, messieurs, le savant, et le médecin s'il veut être et non-seulement paraître savant, loin de commander, obéit, il doit obéir à la nature. Vérité aussi vieille qu'Hippocrate, car si pour en tirer profit, il n'étudie pas les lois qui président aux choses et si en les étudiant il ne respecte pas scrupuleusement ces lois, la nature semble se défendre et le résultat attendu est certainement négatif.

Jetons un coup d'œil sur les prodiges modernes de l'industrie, fils légitimes du progrès scientifique. Franklyn, Stephenson, Daguerre, Edison et tant d'autres bienfaiteurs de l'humanité ont, il est vrai, enchaîné la foudre, ils ont permis à l'homme de supprimer les distances, ils lui ont octroyé à bon marché l'honneur de se faire peindre par le flambeau du monde et de fixer l'éclair pour illuminer les places publiques et les maisons. Mais ils furent les dignes et fidèles serviteurs de la science, ils surent garder le silence et s'abstenir de pompeuses promesses tant que quelque chose resta obscur dans l'étude qu'ils avaient entreprise. Si un seul anneau de la longue chaîne de leurs recherches s'était montré dans la suite mal forgé et mal construit, la chaîne se serait rompue à la traction, et les miracles prématurément annoncés seraient à jamais tombés dans le néant.

Telle est la vraie pierre de touche qui permet de reconnaître le vrai progrès scientifique ou expérimental dans les sciences biologiques et surtout en pathologie et en thérapeutique. Trop souvent ce principe fondamental fut négligé et c'est cet oubli qui, suivant moi a été cause de l'avortement de tant d'efforts dont les résultats utiles sont loin d'être en proportion de l'immense quantité de recherches faites dans le champ de la science médicale. On parle de toutes parts de mille nouvelles découvertes, on parle de mille expériences nouvelles pour expliquer le progrès de cet oubli de la méthode expérimentale. Mais comme le répétaient de Candolle, Chevreul, Cl. Bernard, dans toutes les vraies sciences, ce sont les faits assimilés et non les faits bruts qui substantient la pensée, et pour que la nutrition s'opère de bonne sorte, une juste proportion entre la quantité des aliments et la force des organes digestifs est indispensable (Verdi ; histoire des sciences et des savants depuis deux siècles).

Cette prétention qu'affichent aujourd'hui nombre de savants de ne mettre au jour que des faits nouveaux, n'est que la réaction contre la philosophie naturelle qui régnait surtout en Allemagne, au commencement du siècle, et qui accordait à l'esprit une prépondérance exagérée dans l'interprétation des phénomènes du monde extérieur. Mais si les excès du raisonnement dans le progrès des sciences expérimentales

tales contribuèrent à former la génération actuelle des savants et des expérimentateurs modernes sceptiques et empiriques, l'excès contraire, c'est-à-dire l'absence de tout raisonnement sur les faits observés conduit à la perte des grands avantages de la méthode expérimentale.

Dans les sciences d'observation, les faits isolés constituent un luxe aussi vain que dangereux, quand ce n'est pas une même idée qui les a mise au jour, ou que tout au moins, ils ne sont pas, de temps en temps, coordonnés, mis en rapport par un lien logique dont d'ultérieures expériences démontreront la véritable nécessité. De même en médecine les richesses isolées, éparses, ne peuvent être d'aucune utilité en clinique, au lit du malade, après quelques minutes d'analyse, le médecin a recours à la synthèse pour formuler de sages conseils ; et sans synthèse, le médecin le plus érudit, ne peut que nuire au malade.

Portez, je vous prie, illustres collègues, votre attention sur ce point car, à ce qu'il me semble, l'avenir sera peu différent du présent si les véritables amis du progrès ne donnent pas aux jeunes générations, le conseil de procéder avec cette même rigueur, qui conduisit la méthode expérimentale à ces prodigieux résultats obtenus dans les sciences physiques, chimiques et physiologiques. Car la méthode expérimentale est une, elle est telle qu'elle naquit avec Galilée, son code est le même. Sauf exception rare, la fièvre de faire vite a fait perdre de vue le devoir de faire bien. C'est pour cette raison que depuis un demi-siècle, on proclame l'empire absolu de la méthode expérimentale en médecine. En vérité, nous assistons, nous prenons part à de véritables invasions barbares, je veux dire à l'éclosion de ces systèmes qui sont la négation vivante de la méthode expérimentale. Peu importe que ces systèmes soient édifiés au nom d'une hypothèse ou d'un fait vrai, qu'ils s'appellent vitalisme, controstimulant, pathologie cellulaire ou bactériologie. Ces différences de nom signifient qu'au lieu de nous enthousiasmer pour les fantastiques hypothèses de la vieille médecine, nous nous établissons sur une découverte nouvelle, puisque de ce point de départ, nous déduisons au delà du fait sans nous apercevoir que nous bâtissons sur des hypothèses. Voilà justement ce qui caractérise le système : une bribe de vérité que nous proclamons, que nous imposons comme la vérité absolue, comme la vérité tout entière, avec la prétention de détrôner les autres bribes de vérité. Ce genre de progrès n'est pas scientifique ; il se produira fatalement à un moment donné un temps d'arrêt et une reculade.

Aujourd'hui comme hier malheureusement la médecine continue à être la victime des systèmes, et le système du jour est la bactériologie.

Pour les véritables amis du progrès en médecine, il me semblerait

aussi peu charitable de vouloir cacher cette dangereuse réalité, que de chercher à tourner en ridicule ces grands enseignements qui découlent de la découverte de ce monde microscopique incessamment aux prises avec l'être humain. Il est vrai que dans les pays des plus illustres maîtres (Brieger, Hayem, Klebs, Sternberry etc.,) sont explicitement marqués, les limites qu'il faut assigner, pour aujourd'hui, à cette ère nouvelle qui se lève en pathologie et en thérapeutique ; mais le courant des médiocres entraîne tout, envahit les masses, ébranle les moins fermes et enthousiasme tous ceux qui n'ont aucune foi scientifique, et qui sont prêts chaque jour à renier le dieu qu'ils adoraient la veille. L'unique cause qui a permis, après l'invasion de la pathologie cellulaire l'invasion d'un nouveau système cent fois plus intolérant et absolu que le premier, c'est le complet oubli des lois de la méthode expérimentale.

Sans prétendre trouver des précurseurs de la bactériologie dans le poète Lucrèce (*De natura rerum*) ou dans le *contagium animantium* du moyen-âge, je préfère insister sur ce point que l'idée que des germes microscopiques vivants, et pénétrant insidieusement en nous par des voies cutanées, pulmonaires, intestinales, pouvaient déterminer le développement de certaines maladies, n'est pas nouvelle et s'était déjà présentée sous d'autres formes à l'esprit des médecins. Il s'agit de citer le camphre, cette panacée universelle qui, il y aura bientôt cinquante ans, tint en échec une bonne partie des facultés de médecine.

Mais ces tentatives demeurèrent stériles au point de vue du progrès effectif de la microbiologie qui doit certainement le jour à Cagnard Latour. Cet auteur avait, en effet, formellement annoncé que si la levûre de bière détermine la fermentation du sucre, c'était là *un effet de sa végétation et de sa vie*. Personne n'aurait cru, à cette époque, en 1825, que cette phrase renfermait en germe une des plus fécondes découvertes dans les sciences naturelles du XIXe siècle. Je n'ai pas l'intention de spécifier ici par quelles voies rigoureusement scientifiques cette découverte dut passer, quels obstacles elle eut à vaincre avant de conquérir sa place au soleil. Il m'est cependant impossible de ne pas rappeler que les mémorables recherches de Royer et de Davaine en 1851 sur les bactéries du charbon, les études de Pasteur sur la transformation de l'acide acétique en acide butyrique (1861) et sur les maladies des vers à soie, ont été le point de départ du mouvement scientifique actuel. Ces recherches ont d'autant plus d'importance qu'elles montrent que la science, tant qu'elle ne fait pas bon marché des sévères lois de l'expérience, arrive à des résultats féconds, impérissables. Pendant plusieurs années encore la bonne route fut

suivie et tout faisait penser qu'on ne s'écarterait plus de la rigueur expérimentale, c'est-à dire qu'on soumettrait toutes les recherches sur le monde microscopique au plus sévère contrôle de l'expérience.

Raulin fut le premier à signaler les vastes horizons qui s'ouvraient aux regards des savants, grâce à l'étude des conditions physiques et chimiques nécessaires au développement des bacilles. Ses travaux avaient porté sur la recherche des milieux et des conditions favorables et nécessaires à la pullulation de cette moisissure dont l'*aspergillus niger* est l'élément actif. Il avait démontré que les plus faibles traces de nitrate d'argent dans le liquide de culture suffisaient pour arrêter le développement de cette moisissure et cette démonstration aurait dû inspirer aux médecins une grande réserve et une grande prudence. Mais depuis plus de dix ans, la microbiologie, au lieu de marcher pas à pas, de n'avancer qu'à coup sûr, a la prétention de remplacer la pathologie et de la tenir en servitude. Ce fut dès lors un torrent qui renversa tout ; et à côté des découvertes précieuses comme celle du bacille du charbon, du bacille de la tuberculose et de quelques autres qui font véritablement honneur à la science, de toutes parts s'amoncelèrent les recherches sur des microbes nouveaux et chaque maladie sembla avoir le sien. Pour la seule fièvre intermittente, depuis la *pal-mella* de Salisbury, on découvrit six ou sept microbes jusqu'au dernier né le *psalmodium malarie* destinés probablement à mourir avant d'avoir un état civil complet, car de magistrales recherches (Tommasi Crudeli) ont démontré que sa présence dans les globules de sang n'était qu'illusoire et due seulement à une métamorphose régressive des hématies (Mosso).

Depuis cinq ou six ans, on ne peut ouvrir un journal sans voir enregistrée la découverte d'un ou plusieurs bacilles pathogènes et, il n'est pas besoin de le dire, pendant que l'attention est tirillée par tant de problèmes pathologiques restés sans solution, le meilleur moyen, le plus facile et le plus sûr d'arriver à la célébrité, c'est encore de découvrir dans telle ou telle maladie un nouveau bacille ou un minuscule micrococcus. C'est un aveuglement universel ; la pathologie de l'avis de quelques-uns, n'est plus que le corollaire de la bactériologie. Tout clinicien à la mode, doit ouvrir à côté de ses salles de malades un laboratoire de cultures microbiennes. Jusque-là tout est bien, parce que de semblables études préparent l'avenir tout en restant à leur place. Mais voici des faits qui paraîtront incroyables à plusieurs d'entre vous, messieurs : dans certaines cliniques ne possédant pas de revenus suffisants pour subvenir aux frais des recherches bactériologiques on ferma des salles de malades pour procurer des ressources aux laboratoires.

Dans un grand hôpital de bienfaisance, le directeur recommandait

aux médecins d'être plus réservés dans leurs prescriptions alimentaires sans quoi il se verrait dans l'obligation de restreindre le nombre des admissions, et proposait le même jour, de nouvelles sommes au passif du budget pour couvrir les frais nécessaires aux salles de bactériologie. On se croirait vraiment, en face de ces faits trop réels, en présence de fantaisies du moyen-âge.

Au reste, en lisant quelques-unes des dissertations récentes sur la bactériologie, on trouve de romantiques descriptions sur les amours des microbes, sur les combats, les évolutions stratégiques de diverses phalanges bactériennes dans notre organisme. C'est faire croire que, sous une forme plus scientifique et avec une mise en scène nouvelle, nous en sommes revenus aux luttes des acides et des esprits vitaux qui ont rendu célèbres Silvio de Boe et Vanelmonzio.

Le public ingénu et uniquement avide d'apprendre qu'on a découvert un remède sûr contre chaque maladie, qu'on est en mesure de conjurer toutes les épidémies et surtout de celle du choléra— c'est un bruit qui a été fait autour de la découverte du bacille virgule qui a été le berceau magique de telles espérances—la foule enthousiaste applaudit à chaque découverte qu'on proclame, de toutes parts, comme la pierre philosophale en pathologie. D'un autre côté, les médecins heureux de ces applaudissements prématurés et humiliants, ne voulurent pas *démériter*. Ils se hâtèrent avec un zèle extraordinaire de proclamer que l'unique but, dans le traitement des maladies, devait être l'extermination des microbes, qu'il fallait leur faire une guerre sans merci pour qu'ils ne réduisent pas l'organisme à néant, tandis que trop souvent, malheureusement, c'était cette thérapeutique parasiticide qui le mettait à mal.

On ne saurait dire, ce serait du reste œuvre superflue en cette enceinte, quelles audaces coupables, quelles ridicules puérités enfanta l'imagination de ces médecins qui, incapables d'un travail sérieux, d'après les règles de la méthode expérimentale, s'accrochèrent à toute idée nouvelle comme à un char de triomphe, et crurent en la célébrant, en l'exagérant, affirmer leur amour du progrès.

Ce serait, pour un médecin instruit, une véritable distraction que de passer en revue tous les absurdes traitements proposés, dans ces dix dernières années, contre les plus graves maladies. Pour l'honneur de la médecine, il n'en croirait pas ses yeux. Et tous ces traitements cependant étaient et sont encore présentés au nom de la médecine scientifique et de la thérapeutique rationnelle ! Il suffit de rappeler aussi ces malheureuses tentatives faites dans bon nombre de cliniques à l'aide des plus vénéneux parasitocides. On pensait tuer ainsi les bacilles des tuberculeux et on aggravait le sort de ces malheureux.

N'a-t-on pas proclamé l'acide phénique et l'acide salicylique comme les agents devant sûrement faire avorter le typhus ou le choléra? Il est juste cependant d'ajouter qu'un certain remords se montrait chez ces médecins qui mettaient à bout l'organisme et avaient joué, d'un cœur léger, avec les plus dangereux poisons.

Certains autres thérapeutes eurent l'idée d'une fort spirituelle transaction en prescrivant ces remèdes à doses inoffensives, mais en même temps inutiles, d'après les données du laboratoire. Certes, la vie du malade n'avait plus rien à souffrir du traitement, le médecin n'en faisait pas moins acte de charlatan.

Mais ainsi l'honneur du progrès était sauf aux yeux du public qui, ignorant quelles doses d'acide phénique il faudrait pour tuer tel ou tel microbe, criait hosanna, et bénissait la médecine nouvelle.

On n'eut garde d'oublier de se mettre sous la protection du Darwinisme dont on appliqua les maximes à la thérapeutique de quelques maladies. *Struggle for life*: On songea alors à détruire le bacille, de la tuberculose en faisant pénétrer dans les voies pulmonaires d'autres bacilles, prétendus, à la vérité, indifférents, mais qui en réalité ne faisaient qu'aggraver les effets des premiers.

Je pourrais continuer la longue série des remèdes proposés contre les maladies d'origine (à ce que l'on suppose) parasitaire. Ce serait du temps perdu. Le point sur lequel j'ai à cœur d'insister, c'est que l'aveuglement systématique produit par un semblable courant d'idées, ne paraît pas diminuer, même en présence des statistiques de mortalité écrasantes. Le médecin qu'aveugle un système, trouve toujours les meilleures raisons pour se consoler des insuccès et pour poursuivre la périlleuse route où l'a poussé une idée préconçue.....

L'existence des microbes pathogènes est donc hors de doute. Ce point était établi depuis les recherches de Davaine et des autres illustres micrographes qui le suivirent. Ce fait acquis, la question qui en découle naturellement était la recherche des moyens mis en œuvre par ces ennemis de l'homme pour attaquer et quelquefois détruire une forteresse si supérieure en apparence à leur invisible puissance. Ce problème grandiose que s'est posé la biologie moderne était digne de ce siècle; mais eu égard aux immenses difficultés soulevées, il fallait s'imposer la plus minutieuse rigueur expérimentale, se rendre compte que pour tirer parti de cette grande révolution scientifique, tâche mesurée de plusieurs générations était nécessaire; toute hâte intempestive ne devait aboutir qu'à ces exagérations illusoire qu'il nous faut déplorer aujourd'hui. Voilà la raison pour laquelle la bactériologie d'aujourd'hui, au lieu d'être la consécration d'un progrès marqué, ne constitue qu'une invasion de système, invasion grandement favorisée par cette

tendance innée chez l'homme de tout expliquer du premier coup. C'est cette disposition d'esprit qui a entraîné les expérimentateurs au delà de ce qu'ils avaient observé par une série de déductions générales et fort éloignées du point de départ. Il fallait, avant tout, apprendre à discerner avec certitude nos vrais ennemis des faux; car, s'il est vrai que quelques-uns de ces microbes ont la puissance de tuer un homme en quelques heures, nous en absorbons impunément des milliers par l'air; (Miquel en a trouvé des millions dans l'air de la rue de Rivoli), et nous n'en conservons pas moins la meilleure santé. Cette énorme disproportion entre l'infinie rareté des graves attaques morbides microbiennes et l'immense majorité des cas où les microbes restent impuissants, devait fatalement conduire à cette pensée que des résultats si différents avaient pour cause la présence, dans les organismes atteints et détruits, de conditions particulières de morbidité latente.

D'une part donc, il devenait nécessaire de se livrer à une étude minutieuse de chaque microorganisme, et d'un autre côté s'imposait un travail plus indispensable encore : la recherche des conditions spéciales du terrain sur lequel s'implantent les microbes, recherche fondamentale, mais en même temps impraticable, impossible si l'on songe à l'effrayante complexité de l'organisme animal comme milieu de culture. Personne, il faut l'avouer, pour l'honneur de la chimie biologique, n'osa s'engager dans une telle entreprise. Mais comment prétendre alors arriver à la solution d'un problème dont l'un des deux facteurs est inconnu? Suffit-il de trouver un bacille dans le sang d'un malade pour déclarer qu'il est la cause de la maladie? Quel est le caractère distinctif des microbes indifférents, des microbes indispensables aux fonctions normales et de ceux enfin qui produisent les maladies? Cette précision n'est-elle pas nécessaire et suffit-il de montrer que tel microbe appartenant à tel type pathogène, est réellement en état de donner lieu à une maladie, dès qu'il a trouvé accès dans l'organisme? Il est permis d'en douter.

De même que, d'après les recherches de Klebs, dans un même groupe, une même famille végétale, il existe, à côté de variétés vénéneuses des variétés comestibles qui, quoique étroitement liées aux précédentes, ne sont nullement dangereuses et ne peuvent le devenir, de même aussi, il est des microbes pathogènes ayant la plus complète ressemblance avec d'autres microbes inoffensifs qui resteront toujours inoffensifs dans toutes leurs conditions d'existence. Poussant plus loin la comparaison, je pourrais ajouter : Un grand nombre de plantes toxiques à l'état sauvage, perdent, par la culture, toute propriété nuisible *sans qu'on puisse observer le moindre changement dans leurs caractères morphologiques.*

Il en va de même pour les microorganismes, de telle sorte que leur morphologie ne nous apprend rien, que nous ne pouvons rien conclure d'expériences faites avec leurs cultures transportées dans d'autres milieux ; les lois de la méthode expérimentale ne nous y autorisent point.

Quelles sont donc les expériences qui ont révélé le véritable microbe pathogène parmi les deux, trois ou quatre microorganismes observés dans la même maladie. En général, les expérimentateurs se sont montrés de composition facile, mettant grande hâte à déclarer que l'inoculation de leurs cultures pures reproduisaient tous les symptômes de telle ou telle maladie. Mais, quelles sont les affections artificiellement produites par les inoculations de ces cultures pures qui reproduisent vraiment dans son essence, la maladie naturelle primitive. Franchement, sauf exception pour le bacille du charbon et de la tuberculose, je crois que ce sont là d'autres affections. Qui peut affirmer, en toute sincérité, avoir observé l'exacte reproduction d'un accès de fièvre intermittente ou d'une fausse membrane de diphthérie ? Du reste, la multiplicité même des microbes successivement mis en cause par ces maladies, vient déposer contre la probabilité des résultats annoncés.

Mais, objectera-t-on, la raison de ces insuccès ne tient qu'à une simple différence de milieu ; les bactéries pathogènes, et non tous les parasites, on le sait, ont une préférence marquée pour certaines espèces animales ; les bacilles du charbon, par exemple, prospèrent dans l'organisme des herbivores (les rongeurs et les ruminants en particulier).....

À quoi bon ajouter après cela, que dans certaines maladies fort graves on n'a pu trouver de microbe (rage), qu'à d'autres enfin, il est impossible, sans avoir perdu le sens, de contester une origine chimique ? Il faudrait supprimer la physiologie !

Un exemple : Un homme, le corps couvert de sueur entre dans une grotte glacée ; une heure après, il est pris de rhumatisme suraigu qui dure deux mois. Vous voulez que, dans ce cas, je cherche le microbe pathogène, que je ne vois pas que c'est la profonde perturbation fonctionnelle de la peau qui, par une réaction chimique que j'ignore, a produit la fièvre ? Me montrerait-on dix microbes dans le sang de ce malade je penserais qu'ils sont l'effet et non la cause. On peut en dire autant de l'influence pathogène presque spécifique, qu'on a voulu attribuer à certains microbes, alors, qu'en réalité, ils sont incapables de produire seuls la maladie placée à leur actif, l'ostéomyélite entre autres et l'endocardite aiguë. On a invoqué à ce sujet des expériences qui sont la négation de la méthode expérimentale.

Quand, dans les vaisseaux sanguins d'un animal (d'un lapin par exemple), on injecte une culture pure de *staphylococcus aureus*, cet

animal peut mourir, non, et j'insiste sur ce point, d'ostéomyélite, mais par une sorte d'infection générale, et l'on n'observe jamais aucune localisation dans la moëlle des os (Weichseibaum, Vienne 1887.) Mais qu'un peu avant ou un peu après l'inoculation on détermine une fracture sur un des os de cet animal, l'ostéomyélite apparaît. Est-il possible, je vous le demande, de blesser à ce point la logique expérimentale et de proclamer le *staphylococcus aureus* comme le germe certain et démontré de cette terrible maladie chez l'homme et même chez le pauvre lapin ? Pourquoi faire intervenir l'affinité pathogène de ce microbe pour la moëlle osseuse normale, s'il vous faut recourir à une autre influence pour déterminer le mal, et comment inférer de là que le microbe est la cause de l'ostéomyélite qui se produit spontanément tous les jours.

Il n'en est pas autrement pour l'endocardite ulcéreuse, dont l'apparition n'est jamais causée par l'introduction dans le système circulatoire de ces mêmes bactéries, considérées aujourd'hui comme agents de cette affection ; il faut pour cela, après l'injection, déterminer une lésion valvulaire par l'attrition mécanique d'une valvule à l'aide d'une sonde stérilisée introduite par la carotide, alors seulement, les bactéries en circulation dans le sang parviennent à se fixer sur la valvule et à produire une endocardite avec toutes ses conséquences. Ces expériences ont un tel caractère de complexité, les différents facteurs en présence sont si disparates, que pour l'honneur de la méthode expérimentale, je suis absolument désolé de voir bâtir sur de tels fondements la pathologie scientifique de l'avenir. Ces études, ces conclusions à la vapeur, sont autant d'infractions aux lois de la méthode parce que, comme je l'ai déjà dit, toute solution rigoureuse est impossible si l'une des données du problème est inconnue. Jusqu'ici la méthode expérimentale, nul ne l'ignore, a procédé du connu à l'inconnu, et dans toutes les expériences bactériologiques entreprises jusqu'à ce jour, il y eut toujours un X dans les éléments de la question posée ; la conclusion qu'on a voulu imposer est donc fille et conséquence de ce facteur connu et de cet X. Cet X, clef de la position, c'est, ou la composition physico-chimique du sang, ou la constitution des tissus pathologiques de tel ou tel animal. En raison des difficultés sans nombre ainsi soulevées, il est plus commode, je le comprends, de supprimer cet élément, de le supposer connu. Mais c'est là, une vérité, une méthode expérimentale *ad usum delphini*, ce n'est pas celle des grands maîtres. Où êtes-vous, ombres des Toricelli, des Newton, des Volta, des Spallanzani ? Sortez, par pitié, de vos tombeaux pour éclairer, une fois encore, des rayons de votre génie les hardis pionniers de la médecine. Qu'elle se fasse une fois encore entendre parmi nous, la voix magique

des Magendie, des Liebig, des Cl. Bernard, des Whewell, des Chevreul et de tant d'autres illustrations qui, il y a peu d'années encore, ont, par leurs exemples, conservé les traditions de la vraie méthode expérimentale, pure encore de toute passion, fut-ce la passion de découvrir, d'une façon hâtive, une vérité non encore arrivée à maturité.....

Voilà donc, Messieurs, comment, examiné au crible de la critique expérimentale, il faut envisager l'état actuel de la bactériologie, et la voie qu'elle a parcourue avec tant de hâte, ne peut être considérée comme constituant un progrès de la méthode expérimentale. Et cependant, je n'ai pas encore parlé d'une autre formidable étape scientifique fournie dans ces derniers jours, et qui met plus complètement encore en évidence, ce fait que tant de recherches de bactériologie pure, que tant de conclusions hâtives ont nui au véritable progrès, au vrai but scientifique de la pathologie.

Pour expliquer les symptômes des diverses maladies, il ne suffit pas de s'en tenir à l'action mécanique des germes, et à l'influence qu'ils exercent dans le milieu intraorganique par la soustraction des éléments qui doivent servir à leur pululation. L'action plus importante et plus terribles des microbes, consiste dans les modifications chimiques complexes qu'ils déterminent sur les matériaux du sang ayant pour conséquence la production de substances diverses éminemment toxiques ; c'est de la plus ou moins grande quantité de ces substances produites, c'est de leur élimination plus ou moins prompte que dépend la défaite ou la victoire de l'organisme. Sans aucun doute, cette découverte pourra un jour être féconde en applications thérapeutiques heureuses, plus efficaces certainement que la méthode parasiticide directe.....

Mais ces études ne vont-elles pas remettre en question toutes les conclusions de la doctrine étiologique parasitaire pure et simple, si précaire, grâce à la défectueuse méthode suivie jusqu'ici.

Avec la conception d'une série innombrable d'alkaloïdes toxiques dont nous avons à peine étudié quelques types, la connaissance exacte des facteurs et éléments physico-chimiques du milieu organique où opère chaque maladie est, on le comprend facilement, la condition *sine qua non* de l'édification de la pathologie et de la thérapeutique. La morphologie des microbes est reléguée au second plan. Le grand point est de rendre inoffensifs ces compagnons indispensables de notre existence puisque, faisant, tout le porte à croire, partie de l'harmonie de la nature, ils n'en peuvent disparaître. Cette question prophylactique est du ressort de la chimie. Ou bien il nous faut nous contenter de répéter avec les hygiénistes de tous les temps : soyez forts et robustes, maintenez la complète intégrité des fonctions, etc., etc.,

parce que plus votre organisme aura de force et de résistance, moins il laissera de prise à la maladie ; ou bien, si nous nous adressons à la science pour être mathématiquement sûrs de ce que nous avons à faire, la science doit nous indiquer clairement et nettement quelles sont précisément les conditions physico-chimiques favorables à la désastreuse évolution de tel ou tel microbe.

Prenons la tuberculose pour exemple. Anciens et modernes sont d'accord sur l'existence de la prédisposition héréditaire. Il n'est pas de clinicien qui n'ait observé cette déchéance organique générale qui frappe les malades aux premières périodes de la tuberculose. C'est la raison pour laquelle on voit cent individus prendre bronchites sur bronchites, vivre en promiscuité continuelle avec les phthisiques, sans jamais contracter le mal, tandis qu'un pauvre malheureux, au teint blanc et rose mais lymphatique, deviendra phthisique au premier catarrhe des bronches, parce qu'il a, dans sa famille des antécédents tuberculeux.

Pourquoi le bacille dépérit-il dans le premier alors qu'il vit et prospère chez le second ? C'est que le premier est un mauvais terrain de culture pour le bacille, répond la science, tandis que le second est bon. Mais c'est un inconnu à la place d'un autre inconnu (*ignotum per ignotum*.) Qu'on appelle cela prédisposition organique ou terrain de culture, peu m'importe, quoique je préfère le mot prédisposition qui a l'avantage d'indiquer le fait pur et simple sans insinuer comme l'autre une explication fort hypothétique.

Il faut tout d'abord étudier scientifiquement et savoir avec précision ce qu'est ce terrain de culture, c'est-à-dire ces conditions physico-chimiques ; dès que nous aurons une réponse scientifique et précise, alors seulement il nous sera possible d'apporter des modifications à ce terrain. Actuellement nous ne savons rien encore, sinon que les bonnes conditions d'hygiène, l'air pur des lieux élevés, la bonne alimentation, etc., etc., sont les seuls moyens capables d'augmenter la résistance de l'organisme et de faire espérer, dans la période initiale, la guérison. Mais, quel rapport, quelle ressemblance peut exister entre la diminution de la force de résistance (condition indispensable) d'un animal qui grâce aux défauts du milieu (air, lumière, etc.) dépérit dans un laboratoire, et les lentes préparations, les longs prodromes d'un organisme en puissance de prédisposition héréditaire *même placé dans les conditions de milieu les plus favorables*. Physiologiquement et cliniquement parlant, il y a entre les deux choses un abîme. Cet abîme, la véritable science le voit, elle en connaît la profondeur, et elle reste muette à mes demandes, parce que la vraie science ne s'aventure pas dans des recherches disproportionnées à ses forces. Elle sait trop que

certaines faits observés nous obligent à remettre à un temps indéterminé la solution des problèmes de cet ordre.....

Ce que je viens de dire pour le bacille tuberculeux s'applique à toutes les maladies tenues aujourd'hui pour parasitaires. Que dire de la réceptivité ou non réceptivité de chaque individu pour le choléra, la variole, la scarlatine, etc.? Il est facile de répondre qu'il s'agit là d'un bon ou d'un mauvais terrain de culture. Mais cela ne veut rien dire et ne constitue pas le progrès que la bactériologie a la prétention d'avoir réalisé. Que d'autres raisons encore qui découvrent l'abîme insondable où se cache la connaissance scientifique des prédispositions diverses inhérentes aux organismes ou terrains de culture, si on veut les appeler ainsi ! Que dire de l'immunité que confère, pour un temps plus ou moins long, une première attaque d'une maladie infectieuse ? Allant d'hypothèses en hypothèses, on a invoqué l'épuisement du terrain de culture. Mais quelque complexes que puissent être les conditions de pullulation des germes d'un milieu organique, il est impossible de comprendre comment ces conditions ne peuvent se reproduire une seconde et même une troisième fois longtemps après la guérison de la première attaque, c'est-à-dire alors que l'organisme complètement rétabli, se retrouve dans un état absolument normal ; mais ce n'est pas tout :

Prenons dix organismes, tous en état de réceptivité et atteints de scarlatine, tout au début d'une épidémie. Chez l'un, nous aurons la scarlatine type qui guérit en 8 jours ; chez un second, la maladie revêtira la forme ataxique et il mourra comme mourra un troisième, chez lequel l'angine aura pris le caractère diphtéritique. Chez un dernier enfin, surviendront après l'évolution complète de la fièvre éruptive, des arthropathies et des adénites suppurées. Il ne s'agit pas seulement dans ces cas, de savoir quelles sont les propriétés du terrain organique plus ou moins favorables à la culture du microbe scarlatineux, il s'agit encore de déterminer les conditions physico-chimiques grâce auxquelles le même agent infectieux modifie radicalement les produits chimiques de sa fabrication, d'où dérivent ces conséquences fatales et impossibles à prévoir le second jour de l'invasion du mal. Cela dit seulement pour la confusion de ceux qui proclament, en leur mauvaise foi, la bactériologie comme la pierre philosophale, comme le phare de la clinique.

Quant aux pathologistes de laboratoire, j'en admire l'ingénuité et les excuses ; ils ne sont pas cliniciens et peuvent croire sincèrement à la régénération de la pathologie par les cultures de bacilles dans différents bouillons ou sur la pomme de terre.....

Les savants qui se sont avancés le plus loin dans la voie nouvelle, sont pénétrés de cette vérité ; ils espèrent un meilleur avenir et se

consolent de la stérilité thérapeutique de leur étude en donnant les explications les plus claires sur le mécanisme par lequel les plus puissants médicaments, comme le mercure, la quinine, l'iode, réalisent les miracles que tout le monde connaît. On dirait que ces champions du progrès envient le passé, et que pour montrer, qu'eux aussi font quelque chose dans le sillon thérapeutique, ils imitent la mouche qui perchée sur les cornes d'un bœuf s'écrie toute satisfaite : "*nous labourons !*"

Naturellement, leurs explications émanent de la conception parasiticide ; ils apprennent aux jeunes gens que le mercure guérit la syphilis, la quinine, l'infection palustre, en tuant les microbes qui seraient la cause respective de ces maladies.

Ne voulant pas abuser, Messieurs, de votre bienveillante attention, quelques mots me suffiront pour démontrer comment, dominé par une idée systématique, on arrive à vouloir tirer parti même des faits empiriques en leur imposant des explications manquant non seulement de la logique expérimentale mais encore du plus élémentaire bon sens. Les expériences parasitocides invoquées sont toujours des expériences de laboratoire qui ont toujours contre elles ce fait que dans l'organisme vivant, les éléments en présence sont bien autrement divers, complexes et nombreux que les facteurs disposés *in vitro*.

Ainsi, par exemple, on sait que le sublimé est un des plus puissants parasitocides. Voilà un fait bien établi. Mais il ne peut être invoqué pour expliquer la vertu antisypilitique du mercure pour deux raisons aussi simples que péremptoires. Admettons comme démontré (ce qui ne l'est pas) que la syphilis constitutionnelle est une maladie générale causée par un microbe spécial. (Notez que cette pure hypothèse suffit à rendre inutile tout autre argument.) L'hypothèse *crecscit eundo*. Si les sels de mercure circulaient dans l'organisme sous forme de bichlorure, on pourrait encore se faire illusion. Mais, les composés mercuriels sont absorbés sous forme d'albuminates. Or, la solution d'albuminate mercurique ne possède pas le pouvoir antiseptique du sublimé et cela par une raison bien simple, je veux dire que la puissance du bichlorure de mercure serait due (Hayem) à son affinité pour la substance albuminoïde des germes, affinité qui, déjà satisfaite par la combinaison avec de grands excès d'albumine, n'aurait plus lieu de s'exercer, de sorte que les microbes de la syphilis pourraient continuer à vivre fort tranquilles. Il ne manque cependant pas de gens qui, plutôt que de reconnaître cette erreur, préfèrent alléguer qu'en fin de compte, nous ne connaissons ni les compositions ni les décompositions que subissent les sels de mercure dans le sang, nient les faits les plus certains de la chimie expérimentale, et cela pour tirer un X comme

résultat d'expériences de laboratoire et pour le seul plaisir de soutenir une hypothèse.

Mais admettons que le sublimé, malgré ses diverses transformations, tue les microbes de la syphilis même avec la dilution 175000 ; on ne peut aller plus loin. Admettons encore (colossale erreur) que les microbes de la syphilis constitutionnelle circulent seulement dans le sang et cela pour rendre plus simple les calculs sur la proportion de sublimé nécessaire pour stériliser tout le milieu. On évalue à 5 kilogrammes la quantité de sang en circulation dans un organisme moyen. Eh bien, suivant les données du pouvoir antiseptique du sublimé (résultats *in vitro*,) il faudrait donc un gramme de sel mercurique répandu au même moment dans un torrent circulatoire. Sans insister sur la gravité des désordres qu'occasionnerait la présence, au même instant d'un gramme de sublimé dans le corps humain, je me bornerai à faire remarquer qu'on voit chaque jour dans la pratique 70 à 80 injections hypodermiques triompher des syphilitides les plus graves. A la dose d'un demi centigramme de bichlorure par injection cela fait un total de trente à quarante centigrammes de sublimé, c'est-à-dire la cinquième ou sixième partie de la plus faible proportion exigée par les expériences du laboratoire !

Mais, je ne puis m'empêcher de le dire aux fauteurs de cette singulière logique expérimentale, pourquoi, s'ils sont si sûrs que les mercuriaux guérissent la syphilis en tuant les microbes, pourquoi n'annoncent-ils pas enfin la découverte du remède sûr de toutes les maladies chroniques qui seraient à leur avis, dues à l'existence de tel ou tel bacille ? Pourquoi donc, l'usage du sublimé ne guérirait-il pas, d'après la même doctrine, la tuberculose pulmonaire, par action générale ou applications locales ?

Le même raisonnement s'applique au mécanisme par lequel les sels de quinine guérissent l'infection palustre, etc.

Ma conclusion finale est celle-ci, Messieurs :

En passant en revue et en soumettant à la sûre et irréfragable critique de la méthode expérimentale les récents progrès de la pathologie et de la thérapeutique fondés sur l'étude des microbes, on arrive à cette douloureuse conviction que, sous les séduisantes apparences prêtées par la raison et l'expérience, on n'a devant soi que des hypothèses et des systèmes. Il nous faut donc faire des vœux pour que les expériences en biologie reprennent cette rigueur scientifique consacrée par ces lois immortelles que nous ont transmises nos devanciers, et grâce auxquelles seules pourront être péniblement élaborés les solides matériaux qui devront servir à la construction de ce colossal édifice de la médecine scientifique.....

L'humanité a compris aujourd'hui que son but n'est plus la contemplation passive, mais l'action et le progrès, et la méthode expérimentale après avoir renouvelé les sciences physico-chimiques et la physiologie, étend son influence sur les sciences historiques et morales. L'humanité a compris qu'il ne suffit pas de rester simple spectateur du bien et du mal en goûtant le premier et se préservant du second, non, elle recherche les causes, les explique, veut leur faire sentir son influence, s'efforçant ainsi de dominer le bien et le mal, de faire naître, de développer le premier, de lutter avec le second pour le faire disparaître et le détruire. Et vous-mêmes, Américains, grand peuple des Etats Unis, vous avez droit à l'admiration du monde pour avoir appliqué ce grand principe de la méthode expérimentale à votre constitution politique. Et ceux d'entre vous qui, préférant la science effrénée à la liberté salubre vous appelleraient esprits rétrogrades, ne sauraient être autre chose que des sycophantes capables de sacrifier à leur intérêt personnel le juste, l'honnête et de favoriser le règne du désordre.....

SECTION DE CHIRURGIE.

Président : W. J. BRIGGS.

Secrétaires : A. H. WILSON et D. P. Allen.

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, au présent, quand, grâce à l'antisepsie, il 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 armes à feu.

Avant 1885, 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 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, on peut juger approximativement quels sont les organes blessés ; mais comment apprécier quelle est la portion des anses intes-

tinales 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 intra-pariétale, 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 fort 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° 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° La flexion peut avoir pour cause l'entérectomie partielle et la suture longitudinale ; son origine se trouve aussi dans divers processus inflammatoires.

3° Le volvulus est encore une cause d'obstruction.

4° 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 distention 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 du 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 le catgut 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 audessus de l'obstruction et la partie qui se trouve au-dessous est préférable à l'entérotomie et 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 jéjuno-iléostomie doivent se pratiquer par approximation à l'aide de plaques osseuses décalcifiées et perforées. Lorsque l'obstruction siège dans le cœcum, 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-cœcales 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.

Expérience 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 sèches 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 présente alors des pièces provenant de chiens sur lesquels l'opération avait été pratiquée. Elles montrent admirablement son efficacité.

Trois cent quatre-vingt-quatre laparatomies pour affections diverses.

Par le Dr John HOMANS, de Boston.

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 abdomi-

nale, bien que Keith, d'Edimbourg, conserve huit litres de liquide qu'il a retirés ainsi. Il a eu un cas de tétanos suivant la laparatomie, avec mort au troisième jour et un cas de calcul vésical 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 myxolipoma, un mort. Il a pratiqué la laparatomie une fois pour un abcès péritonéal; le malade guérit.

Remarques du Dr W. H. Hingston, de Montréal.

Le Dr W. H. Hingston, de Montréal, invité par le président, dit en substance: On me permettra tout d'abord de faire allusion, en passant, à la première communication, celle du Dr Parkes de Chicago. La pratique d'ouvrir la cavité abdominale dans les cas de blessures par armes à feu, baïonnettes, etc. est comparativement récente, peu généralisée et par conséquent à sa période d'essai. Il existe, cependant, assez d'informations à ce sujet, données par les différents auteurs cités par le Dr Parkes, pour indiquer aux chirurgiens la marche à suivre à l'avenir, mais il existera toujours une difficulté à surmonter, ce sera de savoir *quand* il faudra ouvrir la cavité abdominale pour chercher la blessure de l'intestin et *quand* on ne devra pas recourir à cette opération. Les symptômes sont quelquefois très décevants. Tantôt le choc nerveux est très grave, tantôt c'est l'hémorragie externe ou interne. Le volume des vaisseaux blessés et la direction de la lésion sont les éléments les plus importants du diagnostic, éléments trop souvent cachés.

L'avenir nous donnera peut-être un guide plus ou moins sûr de diagnostic, mais pour le présent on peut dire en toute sûreté qu'il est recommandable d'opérer, parce qu'une opération bien conduite n'ajoute pas ou très peu au risque de l'existence.

Quant à la communication du Dr Senn, il la considère le plus habile essai dont il ait entendu la lecture, et il peut difficilement dire ce qui l'a le plus intéressé de l'entérectomie et le mode de suture, ou la manière

dont la fluxion s'est produite, qu'elle soit du au mode de suture ou qu'elle soit le fait du processus inflammatoire.

Il n'est ni disposé à admettre ni en état de nier que la cause de gangrène dans une portion étranglée de l'intestin, soit comme le prétend le conférencier, produite par obstruction veineuse vers un point éloigné de l'étranglement. A la manière dont la question nous a été soumise, il est difficile de rejeter l'opinion de l'auteur, basée qu'elle est sur des recherches expérimentales de la plus haute valeur.

Concernant la communication du Dr Homans, le Dr Hingston croit qu'elle est une de ses œuvres honnêtes que la réputation de l'auteur pouvait nous faire espérer. Le Dr Homans n'a rien caché des succès qu'il a rencontrés, il n'a rien supprimé de ce qu'un chirurgien pourrait se sentir disposé à laisser dans l'ombre.

Il (le Dr Hingston) croit que le pourcentage des hernies ventrales—10 par cent—est un peu élevé ; de fait beaucoup plus élevé que son expérience ne lui a donné d'observer. Il serait très intéressant de connaître de quelle manière la cavité abdominale a été fermée dans tous ces cas.

Le Dr Homans a rendu un immense service à la société en faisant connaître le résultat de l'ablation des annexes de l'utérus comme traitement de désordres nerveux. Espérons que son expérience aura pour effet de diminuer la fréquence de cette mutilation dans les cas dont les symptômes sont d'un caractère purement subjectif sans la moindre évidence de réalité objective. Pas plus de cinq opérations de ce genre ont été pratiquées par l'un des laparatomistes les plus renommés de l'Amérique, et vivant dans un centre considérable comme l'est Boston.

Beaucoup de médecins établis dans des centres moins considérables, même dans de petites villes et villages, ont fait—pour désordres nerveux—cette opération beaucoup plus fréquemment que le Dr Homans. Ils en ont publié le rapport *haut et loin*, sans cependant réussir à co vaincre la meilleure partie de la profession de son à-propos.

Par conséquent le rapport d'un observateur aussi honnête et aussi distingué que le Dr Homans sera dûment apprécié quand il déclare que l'expérience de ces cinq cas ne lui permet pas de conseiller l'ablation des annexes de l'utérus pour la cure de symptômes nerveux et de l'hystérie, excepté lorsque l'opération est requise par un aliéniste compétent.

Le Dr Hingston insiste sur le fait que ses remarques ont trait exclusivement aux cas d'un caractère purement nerveux ou subjectif—*sine materia*—qui, à sa connaissance personnelle, ont donné lieu à beaucoup d'erreurs, mais n'ont aucune référence directe ou indirecte aux tumeurs ovariennes ou fibro-myômes, à la pyosalpingite, ou même à h y drosalpingite dans lesquelles l'opération est de rigueur.

Dans tous les cas graves d'intervention chirurgicale on ne doit jamais entreprendre d'opérer sans avoir au préalable, consulté un confrère compétent et consciencieux. Trop, beaucoup trop de femmes hystériques ont été, sans besoin, soumises à l'intervention chirurgicale. Que les gynécologues suivent plutôt l'excellent exemple du Dr Homans et le nombre des victimes de cette manie chirurgicale décroîtra tous les jours.

SECTION DE PSYCHOLOGIE ET DE MÉDECINE MENTALE.

La section de Psychologie et des maladies du système nerveux, du neuvième congrès international a été un véritable succès, l'assistance a été nombreuse à chaque séance et les communications présentées étaient d'une grande valeur scientifique et très variées.

Comme Canadiens, nous avons à regretter l'absence complète des aliénistes français, et il a fallu rien de moins que l'assistance nombreuse des aliénistes Américains, Anglais et Allemands pour combler le vide laissé par leur abstention.

L'espace ne me permettant pas de faire une analyse des travaux qui ont été présentés devant la section, je ne ferai que mentionner les titres avec le nom de l'auteur.

J'ai aussi essayé de donner une analyse de la discussion, laissant à chacun la responsabilité de ses opinions sur chaque sujet, et surtout sur les rapports de la Syphilis avec les différentes formes d'aliénation mentale.

Cette discussion à laquelle ont pris part Spitzka, Savage, Mickle, Mendel, Down, Yellowlees, Godding, Hughes, Hurd, Brush et plusieurs autres a été des plus intéressantes et des plus instructives.

La question de la non-contrainte y a aussi reçue son coup de grâce, il a été déclaré par la section que le Connollyisme n'était pas praticable, et malgré la présence de G. A. Blumer et plusieurs autres avocats du principe de non-contrainte, pas un seul membre n'a élevé la voix pour la défendre. Le Dr Savage a mis la question sous son vrai jour en disant qu'il fallait prêcher la non-contrainte toujours, et la pratiquer aussi souvent qu'il était possible de le faire.

L'esquisse qui suit est comme l'analyse des points les plus saillants exposés devant la section, les travaux y sont indiqués suivant l'ordre de lecture, et ne sont accompagnés que de très brèves observations.

La section de médecine mentale et des maladies du système nerveux, s'est ouverte lundi le 5 septembre à 3 heures p.m., sous la présidence de J. B. Andrews, surintendant de l'asile des aliénés de Buffalo, avec les Drs Ferguson de Troy, N.-Y., et Blumer d'Utica, N.-Y. comme secrétaires.

La première communication a été lue par le président, sur *la distribution et le soin des aliénés aux Etats-Unis*, il fit l'éloge de J. P. Gray qui était le président de cette section avant sa mort, il parla de la plus grande proportion des aliénés dans les Etats du Nord et de l'Est, avec 1 aliéné par 359 habitants pour les Etats de la Nouvelle Angleterre, et 1 pour 1263 pour les Territoires, et dit que la population noire donne 1 aliéné sur 1097 habitants et que la folie augmente plus vite chez eux, que chez les blancs, depuis l'abolition de l'esclavage surtout.

Un essai sur *les différentes méthodes d'assistance pour les aliénés et les idiots aux Etats-Unis et en Angleterre, et le rapprochement entre les aliénistes Américains et Anglais sur l'emploi de la contrainte mécanique*, par le Dr D. Halk Tuke, de Londres, a été lu par le Dr G. F. Blandford. Le Dr Tuke fait une comparaison, entre les institutions Américaines et Anglaises ; parlant de la contrainte mécanique il dit " que le système de non-contrainte n'est possible dans aucun pays, qu'il est heureux d'apprendre qu'aux Etats-Unis, le jugement du médecin décidait de l'usage, ou de la non-usage de la contrainte mécanique, au lieu de s'en tenir aveuglément à un idéal." Le Dr Savage dit que la question de contrainte doit être laissée entièrement au médecin expérimenté. Avant de venir en Amérique il a assisté à une assemblée où il fut question de contrainte, un médecin présent dit que les principes de Connolly sont les seuls acceptables, il recommande de laisser les portes ouvertes, pas de contrainte, alors pourquoi envoyer les malades dans les asiles. Si c'est pour sauvegarder la société qu'un malade doit être renfermé, c'est au médecin de décider de la manière dont la contrainte doit lui être appliquée, il recommande de prêcher le principe de non-contrainte et de le pratiquer quand c'est possible.

Le Dr Andrews dit que la contrainte est peu employée en Amérique, et qu'elle doit être employée quand le surintendant médical de l'asile le juge à propos.

La communication suivante par le Dr H. M. Hurd, de Pontiac, Mich., ne contenait aucune idée nouvelle, elle avait pour titre : "*Les conceptions délirantes religieuses des aliénés.*"

Le Dr E. E. Spitzka de New-York a rapporté un cas d'anévrisme miliaire, observé chez une fille de 24 ans, qui présentait tous les symptômes de la sclérose disséminée, mais ne présenta à l'autopsie aucun signe de ramollissement.

Le Dr Savage dit qu'il a vu un cas semblable dans les hopitaux de Londres, à l'autopsie l'on ne trouva aucun ramollissement, aucun signe de sclérose. L'auteur lut ensuite le rapport d'un cas de difformité du cerveau, et présenta le cervelet, le pons et la moëlle allongée, d'un enfant de cinq ans, issu d'une famille de dégénérés ; cette difformité

consistait en une différence notable des deux moitiés du cervelet, et d'une lame de substance blanche qui recouvrait une cavité dans la moitié hypertrophiée.

La communication suivante sur *les rémissions et intermissions dans la folie*, a causée une discussion vive et intéressante, entre l'auteur et les aliénistes Anglais, Savage et Blandford sur la valeur des intermissions dans les folies périodiques et circulaires.

Le Dr Clark a énoncé une idée nouvelle en déclarant que les intermissions dans les folies circulaires et périodiques n'étaient guère des rémissions des symptômes, que le malade ne jouissait pas d'une santé mentale normale; il a été critiqué avec raison par les Drs Savage et Blandford, car, il faut tenir compte que les folies périodiques sont presque toujours héréditaires, que les malades qui en sont atteints sont plus ou moins débiles, il ne faut pas espérer qu'après une période de délire grave, l'état mental de l'aliéné sera meilleur qu'auparavant, d'ailleurs l'observation journalière prouve que quelques aliénés sont internés un grand nombre de fois dans les asiles, et qu'ils y recouvrent leur raison sans présenter aucun affaiblissement, il en est de même de la folie circulaire lorsqu'elle présente une phrase d'intermission.

Les communications suivantes par le Dr Wardner de Anna, Ill., et le Dr Bower de Bedford sur ce travail des aliénés dans les asiles d'Angleterre, ne contenaient aucune idée nouvelle sur le sujet; en effet tous les aliénistes comprennent l'importance du travail dans le traitement de la folie, d'après le Dr Andrews, 75 pour cent des aliénés aux Etats-Unis sont occupés à divers travaux et ils n'en sont que plus heureux. Buech a dit quelque part: lorsqu'ils croient avoir fini leurs études, les rhétoriciens font une tragédie, et les aliénistes font une classification; cette grande assemblée d'aliénistes de tous les pays, ne pouvait manquer de nous donner de nouvelles classifications, c'est ce qu'a fait le Dr Fisher de Boston, qui s'est fait l'apologiste des monomanies répétées maintenant par tous les aliénistes, le Dr Bannister de Kankakee Illinois, et le Dr Channing de Brooklyn, N. Y. Ce dernier présente une classification internationale préparée par un comité composé de l'auteur, du Dr Stearns et d'une couple d'autres aliénistes, avec l'aide d'un certain Clark Bell, avocat de New-York, qui en a fait hommage à la Société Médico-Psychologique de Paris comme son travail.

Cette classification que je donnerai en entier pêche, par surabondance et par omission.

CLASSIFICATION DU DR CHANNING.

Manie. { Aigue.....Puerpérale.
 { Chronique...Périodique intermittente.

Mélancolie. { Aigue.....Puerpérale.
 Chronique..Périodique intermittente.

(PRIMARY DELUSIONAL INSANITY) DÉLIRE CHRONIQUE.

Démence. { Primaire.
 Secondaire.
 Organique.
 Sénile.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Folies. { Toxiques, Alcool, Morphine.
 Epileptiques.

Imbécilité. { Idiotie, Crétinisme.

Je répèterai ici les remarques que j'ai faites devant la Section sur le sujet, j'ai dit :

“ Je ne vois pas pourquoi la manie puerpérale est entrée comme une
 “ des formes de la manie, si nous en faisons une forme distincte, nous
 “ devons aussi avoir une folie rhumatismale, une folie goutteuse, et
 “ ainsi de suite jusqu'à l'épuisement des maladies qui peuvent causer
 “ ou accompagner la folie. Je ne vois pas de raisons valables pour
 “ faire une manie périodique intermittente, si un malade est interné
 “ dans un asile d'aliénés souffrant d'une seconde attaque de manie
 “ ou de mélancolie aiguë, et que le médecin de l'établissement ne
 “ connaisse pas les antécédents du malade et s'il n'a aucune informa-
 “ tion sur l'histoire du cas comme il arrive très souvent, comment
 “ pourra-t-il diagnostiquer la folie intermittente de la manie ou mélan-
 “ colie ordinaire, je prétends qu'il n'y a aucune différence dans les
 “ symptômes et qu'un diagnostic est impossible. Je crois que si nous
 “ divisons la manie en manie aiguë, sub-aiguë, et chronique et lais-
 “ sions de côté les termes puerpérale et périodique, nous serions plus
 “ en accord avec les faits. Les mêmes remarques s'appliquent à la mé-
 “ lancolie, Primary Delusional Insanity, je suis disposé d'accepter ce
 “ terme si l'on veut me donner une traduction française, c'est une
 “ classification internationale, et il faut que les termes puissent se
 “ traduire facilement dans toutes les langues, je crois que le terme
 “ Paranoïa donné par Krafft Ebing est le meilleur parce qu'il est
 “ compris de tous les aliénistes, je diviserais la Paranoïa en Mystique,
 “ Hypochondriaque, de persécution ambitieuse et religieuse, La divi-
 “ sion de la démence est trop étendue, la démence primitive est très
 “ rare, et la démence secondaire est très difficile à distinguer de la
 “ manie chronique, d'ailleurs primaire et secondaire, elle est toujours
 “ caractérisée par des changements organiques du cerveau, et ces trois

“ formes doivent en former une seule, j’y ajouterais la démence paralytique, qui ne paraît pas dans la classification et que l’auteur ne reconnaît pas ; cependant s’il y a une maladie qui est caractérisée par la démence dès le début, c’est la paralysie progressive, avant même que les symptômes de paralysie soient apparents, nous avons déjà un affaiblissement intellectuel. Je ferais disparaître le terme paralysie générale pour le remplacer par celui de démence paralytique, l’auteur a aussi laissé de côté le terme folie circulaire qui devrait avoir sa place dans toute classification.”

Les Drs Yellowlees et Hughes ont fait des remarques dans le même sens.

Le Dr Hughes de St Louis, Miss., a lu un essai très élaboré sur *La vraie nature et la vraie classification de l’aliénation mentale*, cette étude philosophique a été écoutée avec beaucoup d’attention, elle contient des données nouvelles sur les limites de la folie.

Le prof. Mendel de Berlin, fait la lecture en allemand d’un essai sur *l’origine du nerf facial supérieur*.

Le Dr Homon de Helsingfors, Finlande, *Sur les changements histologiques qui résultent de l’amputation des nerfs de la périphérie, des ganglions-spinaux et de la moelle épinière*, et deux autres lectures par le Dr Otto de Munich et Langdon Down de Londres.

Une discussion eut lieu sur les sujets suivants. Les relations de la Syphilis et de l’aliénation mentale.

1^o L’imbécillité, l’idiotie et perversions morales dues à la Syphilis héréditaire.

2^o L’aliénation mentale accompagnée de la Syphilis aiguë.

3^o La Syphilis comme cause de l’épilepsie, avec ou sans aliénation.

4^o La Syphilis comme cause de la débilité mentale, avec ou sans paralysie.

5^o La Syphilis alliée à la paralysie générale.

6^o La pathologie telle que représentée par des altérations grossières, gommes ou maladies artérielles.

Le premier groupe est discuté par le Dr Savage : il dit qu’il a rencontré des cas de dégénérescence mentale chez des enfants dont les pères étaient syphilitiques, cependant il dit que les opinions diffèrent sur le sujet. Le Dr Down dit que d’après une longue expérience il n’a pas trouvé plus de deux par cent qui présentaient des symptômes de syphilis héréditaire. Le Dr Hurd rapporte le cas de deux imbéciles (frères), dont l’un présentait les dents encochées de Hutchinson, que l’autre n’avait pas, il dit que les dents encochées ne sont pas caractéristiques de la dégénérescence syphilitique, mais sont plutôt des stigmates de dégénérescence physique.

Le Dr Gundry cite le cas d'un médecin qui avait contracté la syphilis dans sa pratique et qui a succombé quelques années après de paralysie générale, plus tard, il visita l'asile des aliénés où demeurait le médecin, et on lui montra un de ses enfants, idiot interné dans l'asile, et la date de sa naissance remontait à l'époque où le père avait contracté la syphilis, il ajoute que la famille ne présente aucune autre faiblesse qui aurait pu en être la cause, il a observé plusieurs cas analogues, et il ne peut arriver à la même conclusion que ceux qui l'ont précédé, c'est-à-dire que la syphilis n'est pas une cause fréquente de faiblesse intellectuelle, d'imbécilité et d'idiotie.

Le Dr Savage en terminant la discussion dit que la dent encochée de Hutchinson ne peut-être produite que par la syphilis héréditaire.

Passant au second sujet de discussion, le Dr Savage rapporte plusieurs cas, où avec le ptosis et les autres troubles oculomoteurs, la folie s'est développée, d'autres cas outre les troubles moto-oculaires, ont présenté de l'affaiblissement intellectuel avec hémiplégie, symptômes qui sont disparus par le traitement anti-syphilitique ; lorsque ces troubles ne disparaissent pas, ils sont le point de départ de foyers d'irritation, de désorganisation, tel que la démence paralytique d'origine syphilitique et la paralysie générale.

Le Dr Ferguson parle d'un cas de mélancolie aiguë qui s'est développée dans les premiers jours d'une attaque de syphilis, qui ne s'est nullement améliorée par le traitement spécifique, et qui s'est terminé par la paralysie générale.

Le Dr Hurd dit qu'il n'a aucun doute que la syphilis peut produire la manie aiguë, il cite un cas, interné à l'asile, qui paraissait souffrir de manie aiguë, quelques jours après les symptômes constitutionnels firent leur apparition, le traitement anti-syphilitique fit disparaître les symptômes cérébraux et syphilitiques, mais il lui reste une tendance aux rechutes, et ce n'est qu'après 3 années de traitement qu'elle put être envoyée dans sa famille sous congé.

Le Dr Hughes dit que la syphilis est la cause de la folie, mais le plus souvent lorsque les symptômes primaires de la syphilis sont disparus, la folie peut guérir pour réapparaître de nouveau, sous l'effet d'une débauche.

Le Dr Godding dit que pendant sa longue expérience, il n'a pas rencontré de cas de folie de cause purement syphilitique, cependant il croit que la syphilis peut être une cause de folie, il rapporte le cas d'une jeune fille qu'il a vue la première fois, il y a neuf mois, qui en apparence souffrait de démence avec aphasie ; si l'histoire du cas n'avait pas donné une cause spécifique, il l'aurait classée comme une démente incurable, après quelques jours de traitement spécifique, elle

fut couverte de plaies, et d'abcès, au point que l'on douta de sa guérison, cependant elle s'est améliorée sous l'effet du traitement, et elle est aujourd'hui presque guérie, il n'y avait au début rien qui pût indiquer la folie syphilitique.

Le Dr Spitzka dit que durant la seconde période de la syphilis les malades souffrent quelquefois de fièvre, avec dérangement mental aigu, ces cas sont très rares, FINGER a découvert que durant l'apparition de la Roséole, les réflexes rotuliens sont abolis et reviennent avec la fièvre, pour disparaître de nouveau après.

Le Dr Brush rapporte deux cas qui confirment la découverte de FINGER, mais il ne vout pas du terme folie syphilitique.

Le Dr FISHER rapporte le cas d'un jeune officier dont le père avait été fou, qui contracta le syphilis et fut atteint de manie aiguë, un traitement anti-syphilitique fit disparaître les symptômes et amena une guérison rapide.

Le Dr SAVAGE dit en terminant que le terme folie syphilitique n'a pas sa raison d'être et qu'il n'existe pas de folie de cause purement spécifique ; les cas rapportés tendent à prouver que la manie aiguë accompagnant la syphilis n'est pas rare, quoiqu'elle n'ait été à peine reconnue avant aujourd'hui.

Passant au troisième sujet de discussion, il dit que, d'après son expérience, il y a des cas d'épilepsie qui ont une cause syphilitique. En réponse au Dr HUGHES, il dit qu'il n'a pas trouvé de foyer d'irritation, ou aucune autre lésion grossière, les lésions artérielles sont les seules qui soient toujours constantes.

Le Dr Spitzka partage l'opinion du Dr SAVAGE sur l'absence de gourmes au cerveau, il cite un cas où il a fait un examen *post mortem*, et n'a rien trouvé ; cependant le malade était décédé de syphilis des centres nerveux, il cite aussi le cas d'un acteur qui a eu des symptômes de Tabes et dont la maladie semble arrêtée, il y a abolition des réflexes rotuliens, ptosis unilatéral, la pupille Argyle Robertson, il a eu aussi des attaques de petit mal 50 à 60 par jour, qui ont beaucoup diminué de fréquence depuis quelque temps.

Le Dr SAVAGE dit, en passant au quatrième sujet de discussion, qu'il a vu un certain nombre de syphilitiques qui ont été atteints de bonne heure, de démence avec monoplégie, perte de la vue, et autres troubles nerveux, d'autres présentent des troubles moteurs, qui ressemblent à la paralysie générale, il dit en réponse au Dr CHANNING qu'il classe ces malades dans la démence organique d'origine syphilitique.

Le Dr GUNDRY termine la discussion en rapportant un cas de mélancolie avec idées érotiques qui avait résisté à tout traitement et qu'un traitement antisyphilitique fit disparaître, il dit que la démence vient

plus vite lorsque la cause est syphilitique, et que s'il y a des rémissions elles ne sont pas longues. et lorsque les symptômes reviennent, la marche est plus prompte.

Le Dr Ingram, de Washington, lut un travail sur les *blessures par armes à feu de la moelle épinière*.

Le Dr Bishop, de Chicago, un essai sur la *pathologie de la fièvre de foin*, qu'il classe parmi les névroses. Le Dr Ferguson dit qu'il partage ses opinions sur ce sujet.

Le Dr Channing ne croit pas à l'origine nerveuse de la fièvre de foin, il y a, dit-il, d'autres troubles irritables de la muqueuse de la gorge que nous ne pouvons pas classer parmi les névroses, telle est l'irritation de la gorge dont souffre la population de Boston et des côtes des alentours, elles sont obligées de laisser Boston pour échapper à cette affection ; il doit y avoir une cause favorable à leur développement, une faiblesse de la membrane muqueuse et une cause déterminante, le pollen de certaines fleurs qui se répand dans l'air vers le même temps, les névrosthéniques n'ont aucun effet sur la maladie, et il n'y a que le déplacement qui guérisse ou qui puisse en préserver la maladie.

Le Dr Hurd a cru à l'origine nerveuse de la fièvre de foin jusqu'à cet été, la saison dernière a été très sévère pour les personnes souffrant de lésions du système nerveux, cependant la fièvre de foin a été moins fréquente, il explique que les plantes n'ayant pas fleuri parfaitement et en conséquence le pollen n'a pas été aussi abondant ; il dit que le pollen de l'Ambrosia Trifida est une des causes de la fièvre de foin.

Il dit qu'il ne comprend pas qu'avec une cause nerveuse, la maladie présenterait une périodicité aussi exacte, quelques malades souffrent de la fièvre de foin à la même heure, le même jour et ce chaque année ; la majorité des personnes souffrent de cette maladie quand le pollen des fleurs est distribué dans l'air. Le Dr Andrews dit que le Dr Bishop a énuméré toutes les causes possibles de la maladie en les divisant en centrale, périphérique et climaterique, il demande au Dr Bishop de dire quelques mots sur le traitement. Le Dr Bishop dit que les personnes qui souffrent de cette maladie possèdent un tempérament nerveux ou nervoso-sanguin ; à propos de la périodicité si exacte de la maladie, il dit qu'il ne comprend pas comment le pollen d'une plante, que la saison soit avancée ou retardée, soit capable d'atteindre telle personne exactement à la même heure, la même date, et de chaque année sans exception, il dit qu'il n'est pas raisonnable de faire telle supposition.

Le traitement est simplement palliatif dans la majorité des cas, il recommande l'emploi du galvanocautère au septum nasi, l'emploi

d'un mélange de $\frac{1}{2}$ gr. de morphine avec 175 de gr. d'atropine pour être divisée en 4 parties, si le malade en prend deux parties au début de l'attaque, il sera soulagé si l'attaque est très sévère, les deux autres l'arrêteront, il recommande la quinine à petites doses, et une tasse de café bien chaud pris au moment de l'attaque.

Le Dr Gustavius Elliott, de New-Haven, Conn., lut un travail sur *le traitement des névralgies dans la pratique générale.*

Le Dr Crego s'élève contre l'emploi de la morphine recommandée par l'auteur, comme pouvant produire la morphiomanie, il recommande l'arsénic, l'électricité et le fer.

Le Dr Duquet dit: "le Dr Elliot, dans son travail, n'a pas mentionné un médicament qui est très utile dans le traitement de la sciatique. Je veux parler du chloroforme en injections hypodermiques à la dose de 20 gouttes ou plus, injecté profondément dans les muscles. Je l'ai employé dans un grand nombre de cas au début de la maladie avec succès permanent. Il dit qu'il ne partage pas la crainte du Dr Crego sur l'emploi de la morphine dans les névralgies, qu'il considère comme un médicament utile et prompt pour soulager les douleurs, le fait que le malade peut contracter l'habitude de la morphine n'est pas une raison pour ne pas l'employer, parceque lorsque le médecin qui prescrit est assez prudent, le malade ne contractera pas la morphiomanie.

Le Dr Heber Ellis condamne l'emploi de la morphine, en première instance, il recommande l'hydrochlorate d'ammoniaque, et craindrait de rendre le malade sourd en employant des doses de quinine aussi élevées.

Le Dr Russell condamne l'emploi de la morphine dans les névralgies, il met aussi le Dr Bishop en garde de l'employer dans la fièvre de foin.

Le Dr Girtstrom, de Hermosands, Suède, dit que le massage rend de grands services dans le traitement des névralgies.

Le Dr Bower proteste contre l'emploi général de la morphine et de la quinine, il recommande le froid, la chaleur, l'emploi des courants galvaniques et le massage.

Le Dr Clarke dit que nous devons traiter les névralgies suivant leurs causes, il considère la morphine comme un médicament très important dans le traitement des névralgies et l'administre par la bouche et mêlée à des médicaments amers ou nauséux, et ne dit jamais ce qu'il donne.

Le Dr Andrews recommande l'huile de foie de morue, avec les hypophosphites et le fer dans la névralgie chronique.

L'essai suivant: *Borderland, les symptômes et le traitement précoce de la folie*, par le Dr Ira Russell, de Winchester, est lu par l'auteur.

Le Dr Gundry blâme l'auteur d'avoir inclus Napoléon, César, Mahomet, Pascal et plusieurs autres dans les bornes de la folie, sans produire aucune preuve de leur délire, il proteste contre l'habitude banale de ranger ces personnes parmi les dégénérés.

Le Dr Porter dit qu'au point de vue pratique, les suggestions du Dr Russell ont leur valeur, il est admis que la folie chronique et l'épilepsie sont causées par une maladie organique du cerveau, avant ces changements il y a un trouble circulatoire, et ce changement dans la nutrition est le Borderland du Dr Russell. C'est à cette période que le traitement est le plus efficace, et en attirant l'attention de la profession sur les meilleurs moyens d'aider ces malades, il nous a rendu service à tous.

Le Dr H. Ellis dit que les malades ne vont pas volontairement aux institutions mentionnées par l'auteur ; en Angleterre, il est permis aux médecins de les prendre dans leurs maisons, c'est-à-dire ceux qui peuvent payer, c'est une grande satisfaction pour le malade de ne pas être traité dans un asile.

Réforme dans le soin de aliénés est le titre de la communication suivante, par le Dr Cowles, de Louiseville, Mass.

Le Dr Godding de Washington, D. C., lut un essai intitulé : *La folie comme moyen de défense du crime.*

Le Prof. Mendel, de Berlin, Allemagne, *sur la manie raisonnante*, il dit que ce terme doit disparaître de la nomenclature des maladies mentales.

Le Dr Channing partage l'opinion de l'auteur et voudrait substituer le terme paranoïa ou imbécillité.

Le Dr Savage dit que nous sommes obligés de nous servir de termes que nous ne reconnaissons pas finalement comme des titres pour les maladies, et le terme folie raisonnante en est un, il n'y a pas de doute qu'il y a une certaine classe de personnes qui n'arrivent jamais au niveau moral des autres, ils sont des imbéciles moraux, nous devons garder le terme manie raisonnante, parce que nous ne pouvons classer ces déséquilibrés, soit dans la paranoïa, la folie chronique ou l'imbécillité.

D'autres personnes guérissent d'une maladie mentale et conservent un point faible et nous serions obligés de donner trop d'étendue au terme imbécillité pour les y inclure. Je crois avec le Prof. Mendel que nous devons être prudents, et ne pas nous servir devant les Cours de Justice de termes que nous ne pouvons pas définir aussi bien que l'imbécillité et la paranoïa.

Le Dr Hughes : Le Prof. Mendel a évidemment rencontré dans son pays l'embarras que nous rencontrons ici ; un préjugé populaire

contre le terme folie raisonnante. et une difficulté de définir le terme pour être compris du public et des cours de manière à ce qu'ils y comprennent autre chose que la folie diabolique. Il croit à la manie raisonnante telle que décrite par Ritchard, si le terme ne convient pas qu'on le fasse disparaître, mais la maladie n'en existera pas moins. Je n'ai pas d'objection à ce que le Prof. Mendel reconnaisse la manie raisonnante et l'explique aux cours de justice comme imbécillité morale. Mais nous n'en resterons pas moins avec une folie sans délire qui existera toujours, peu importe le nom que l'on donne à cet état de déséquilibre.

Après la lecture de plusieurs communications, la discussion se continua sur les relations de la syphilis et de la paralysie générale. Le Dr Savage dit qu'après une syphilis qui a duré une trentaine d'années, il se déclare des symptômes aigus de paralysie générale qui se terminent très rapidement, la plupart de ces cas n'avaient d'autre cause que cette maladie.

Dans d'autres circonstances, un homme contractera la syphilis, aura des symptômes très bénins, et après un certain nombre d'années, il sera atteint de paralysie générale. Je ne doute pas qu'une proportion naturelle de ces cas finiraient par la paralysie générale sans la cause syphilitique et j'ai dans mon service des cas de paralysie générale qui ne présentent aucun symptôme autre que ceux que nous rencontrons dans la maladie ordinaire, qui cependant ont une histoire de syphilis définie.

Le ptosis, le strabisme externe et la dilatation des pupilles sont autant de symptômes de syphilis et lorsque nous les rencontrons chez le même individu, nous sommes certains qu'il a eu la syphilis, j'ai observé des cas qui présentaient ces symptômes et qui ont été guéris par un traitement mercuriel, et j'en ai vu de 12 à 20 qui tôt ou tard ont présenté des symptômes de paralysie générale; d'autres malades présentent des symptômes d'ataxie locomotrice en premier lieu. Je crois que tous les auteurs s'accordent aujourd'hui à reconnaître que tous les malades qui souffrent de cette assemblage de symptômes ont une histoire syphilitique.

Mon expérience me prouve que la paralysie générale qui a la syphilis pour cause, peut présenter des rémissions plus fréquentes et plus longues, cependant elle ne présente pas de symptômes spéciaux, et cette forme de démence a, je crois, des causes multiples.

Le Dr Mendel discute la question en allemand.

Le Dr Mickle dit qu'il a rencontré peu de cas du premier groupe, mais des deux autres, j'en ai vu plusieurs cas, dit-il, dans lesquels le malade, après avoir eu la syphilis, plus tard eut la paralysie générale sans pré-

senter soit dans le cours, la durée ou les complications de la maladie, aucun signe qui diffère de la maladie ordinaire. Il dit qu'il concourt pleinement dans tout ce qu'a dit le Dr Savage sur ce sujet.

Le Dr Bower dit qu'il a eu beaucoup d'expérience dans les cas d'ataxie locomotrice, il croit qu'ils ont tous une origine syphilitique et finissent par la paralysie générale.

Le Dr Yellowlees dit que nous voyons tous les jours des cas de paralysie générale avec syphilis suivre le cours ordinaire de la maladie, en conséquence, nous devons être prudents dans les déductions que nous sommes portés à faire sur l'influence de la syphilis sur la maladie. Je concours pleinement, dit-il, avec les orateurs qui m'ont précédé, sur l'origine syphilitique des cas qui débentent par des symptômes spinaux.

Le Dr Nichols dit que sur une vingtaine de patients de paralysie générale qui meurent par année dans l'asile qu'il dirige, après une étude faite avec soin, il n'a pu trouver de syphilis que dans la moitié des cas, vu qu'il y a du doute pour d'autres cas, croit que les $\frac{2}{3}$ ont pu avoir la syphilis ; les excès vénériens, l'excès de travail intellectuel et la perte de sommeil sont les causes de la paralysie générale indépendamment de la syphilis, il ne croit pas que cette dernière soit une cause essentielle de la maladie.

Le Dr Spitzka dit : Il me semble qu'il existe un groupe de cas caractérisés par une débilité mentale précoce et progressive, le développement subit de certains symptômes moteurs et leur disparition aussi prompte, avec un désordre singulier de la mémoire qui les séparent des cas de démence paralytique ordinaire. Sous le rapport de la pathologie, je crois qu'ils sont caractérisés par deux sortes d'altérations : 1^e Une forme particulière de granulation des ventricules qui dans l'hydrocéphalie, la démence paralytique et l'épilepsie sont en forme de verrues, et dans la démence syphilitique en forme de réseau, *comme les sillons de beurre formés en séparant les moitiés d'un sandwich* ; nous rencontrons aussi dans le mésencéphale des petits foyers hémorragiques qu'expliqueraient les troubles oculomoteurs.

Parmi les causes accessoires de la démence paralytique, il cite le tabac, le coït imparfait pour empêcher les conceptions et les habitudes vicieuses de certaines personnes chez qui le pouvoir sexuel est aboli.

Le Dr Hughes demande à ceux qui se sont occupés d'études pathologiques, s'ils ont eu l'occasion d'examiner les cerveaux de personnes décédées pendant une rémission, s'ils ont découvert un travail hyperémique dans les vaisseaux avant que les changements organiques plus grossiers s'opèrent. Il croit que la paralysie générale sera curable plus tard si elle est traitée assez tôt ; il dit que la question mérite un examen.

Le Dr Savage. Si la maladie peut-être guérie ce sera au début, cependant, il sera toujours difficile à cette époque de faire croire au malade qu'il a besoin d'un traitement médical.

Le Dr Mickle dit que les lésions trouvées à l'autopsie des malades décédés pendant une rémission, sont les mêmes que dans les cas ordinaires.

Le Dr Brush dit qu'il a eu l'occasion de faire l'autopsie chez un malade décédé pendant une période de rémission complète, il présentait les lésions caractéristiques d'une paralysie générale.

Le Dr Hurd demande si dans les cas de paralysie générale d'origine syphilitique, il y a espoir d'amélioration à la suite d'un traitement spécifique.

Le Dr Savage répond que les seuls cas de ce genre qui ont eu de longues rémissions, sous ses soins, avaient subi un traitement spécifique.

Après les résolutions de remerciements au président et autres officiers de la section, la discussion fut close et la section ajournée *sine die*.

DR DUQUET.

SECTION DE GYNÉCOLOGIE.

Président : le Dr. HENRY O. MARCY, de Boston.

Secrétaires : les Drs GEORGES APOSTOLI, de Paris ; ERNEST W. CUSHING, de Boston ; HORATIO R. BIGELOW, de Washington, et CARL PAWLECK, de Vienne.

Après avoir souhaité la bienvenue aux hôtes étrangers, le Dr Marcy parle de Marion Sims à la fois avec orgueil et avec chagrin. C'est lui qui a fait mériter aux Etats-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. Pussions-nous dans nos transactions imiter sa droiture d'esprit dans la recherche de la vérité."

Le drainage artificiel simultané de la vessie, des reins et de l'utérus par le vagin, avec et sans pression graduée.

Par le Dr. NATHAN BOZEMAN, de New-York.

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

2° 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 de la cystite.

3° 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° Dans les fistules incurables nous pourrions atténuer les souffrances qu'entraîne l'incontinence d'urine par le drainage.

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

6° 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 pour elle un brillant avenir. Elle pourra se pratiquer dans les pyélites, les calculs des reins et l'obstruction des urètres.

Les Drs. Grailey Hewitt, de Londres, et Hueston, de Philadelphie s'accordent avec l'auteur.

Gynécologie Conservatrice.

Par le Dr HORATIO R. BIGELOW, de Washington.

Il remarque que les opérations sont souvent pratiquées sans nécessité et que l'on peut maintefois guérir les tumeurs de l'utérus et les maladies inflammatoires des trompes et des ovaires sans l'aide du bistouri. Il condamne l'oöphorectomie pratiquée pour l'hystérie. Il termine en insistant que la chirurgie abdominale doit être pratiquée seule par des hommes compétents.

L'emploi du tampon vaginal dans l'inflammation pelvienne.

Par le Dr. W. W. POTTER, de Buffalo.

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 génu-pectorale.

Dans les déplacements en arrière de l'utérus, le doigt seul doit servir à replacer l'organe. L'on introduira ensuite le tampon multiple. Le même traitement s'applique aux 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 tubaire.

A quelle époque de la grossesse tubaire devons-nous opérer ?

Par le Dr. J. E. BURTEN, de Liverpool.

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, compliquée d'hémorragies.
- 2^o Pyo-salpinx avec péritonite.
- 3^o Ovarite chronique avec douleur localisée.
- 4^o Paramérite.
- 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-salpyngite et dans la gestation ectopique.

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

Des causes et du traitement de la stérilité.

Par le Dr. THOMAS MOORE-MADDEN, de Dublin.

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

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

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

Le traitement moderne du cancer utérin.

Par le Dr. REEVES JACKSON, de Chicago.

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

2^o Il est impossible de fixer une limitation à l'extension du processus morbifique ; aussi n'y a-t-il d'intervention opératoire qui garantisse son ablation complète.

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

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

Des rapports qui existent entre les modifications de la structure de l'utérus et entre les changements qui se produisent dans sa forme.

Par le professeur GRAILY HEWITT, de Londres.

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 des 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.

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 anormal, 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 sa consistance ferme.

La flexion résulte quelquefois d'une malconformation congéniale, 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, désigné par Jacobi sous le nom de 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.

La dilatation rapide du col de l'utérus.

Par le Dr. W. H. WATHEN, de Louisville.

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 pelvienne, de septicémie et de tétanos, et qu'il ne produit apparemment pas d'amélioration permanente. Le dilateur 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 l'administration d'anesthésie 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 piqûre 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'affection des trompes ou des ovaires ; il faut en outre être certain que la cause des désordres réside dans le canal cervical.

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

La dégénérescence cancéreuse des glandes hyperplastiques du col de l'utérus.

Par le Dr. ERNEST W. CUSHING, de Boston.

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 développe pas dans la glande, nouvellement formée, mais sous forme de masses cellulaires contenues dans des alvéoles de tissu conjonctif ; il n'y avait donc pas de rapport évident avec l'épithélium de la surface des 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 condition 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 faut 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.

Traitement des fibromes de l'utérus, par des courants électriques forts, basés sur un dosage exact.

Par le Dr. FRANKLIN H. MARTIN, de Chicago.

La méthode instituée par le Dr Apostoli constitue un agent thérapeutique rationnel pour le traitement des fibromes utérins sans douleur et avec des résultats excellents. L'observation de ces 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 il 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 millampères 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 millampères ; 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 Dr. 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 inter-utérin positif (galvano-caustique positif d'Apostoli).

2^o Galvanisme inter-utérin négatif (galvano-caustique négatif 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.

Quelques considérations sur la pathologie et sur le traitement des lacérations du col de l'utérus.

Par le Dr. THOMAS MOORE-MADDEN, de Dublin.

C'est une question dont les gynécologues 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 trachélorrhaphie.

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, c'est-à-dire une hémorrhagie suite de couches 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 trachélorrhaphie.

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.

Contribution à la pathologie de l'inflammation de la membrane interne de l'utérus (endométrite chronique du corps.)

Par le Dr. LÉOPOLD MEYER, de Copenhague.

1^o (a) L'on trouve en général deux variétés de cellules ou plutôt de noyaux, dans le tissu inter-glandulaire : l'une dont les noyaux sont à peu près de la grandeur d'un corpuscule sanguin, se colorant à l'hématoxylín et au carmin, avec des nucléoles présentant rarement une condition granuleuse, l'autre dont les cellules 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 inter-glandulaire. La membrane normale contient des cellules de la deuxième espèce pendant la menstruation.

(d) L'on trouve en outre des 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 traitement des tumeurs du sein, par l'électrolyse.

Par le docteur ALFRED C. GARRETT, de Boston.

Presque toutes les tumeurs du sein encore jeunes, 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 elle, pendant une demi-heure à chaque séance. Il faut mesurer la puissance du courant et l'augmenter petit à petit jusqu'à ce qu'on ait une force de dix à cinquante millampères.

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

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE.

Président : le Dr. A. R. ROBINSON, de New-York.

Secrétaire : le Dr. W. S. Sottheil, de New-York.

DISCOURS D'OUVERTURE PAR M. LE PRÉSIDENT.

MESSIEURS,

Comme président de la section de Dermatologie et de Syphilographie, c'est à moi que revient l'agréable devoir d'offrir, au nom de mes collègues Américains, la plus cordiale bienvenue aux collaborateurs étrangers qui nous honorent de leur présence et qui nous donnent de nouvelles preuves de l'intérêt qu'ils portent à la science par les sacrifices qu'ils se sont imposés pour venir de si loin assister à notre réunion et prendre une part si active et si importante aux travaux qui seront accomplis, malgré que notre histoire ne leur fasse espérer, de notre part, qu'une bien légère compensation dans le domaine intellectuel.

Comme spécialités en dermatologie, vous n'ignorez pas ce qui a été écrit en Amérique sur le sujet qui nous occupe, et vous n'êtes pas sans vous étonner que le peuple Américain, doué à un si haut degré de cette qualité qu'on appelle "push," ait contribué pour si peu à l'avancement des connaissances sur les maladies de la peau. Mais si l'on considère, comme je le ferai en peu de mots, toutes les conditions sous lesquelles nous poursuivons nos études sur ce continent, vous resterez surpris de constater que nous ayons pu faire autant sous de tels auspices.

Dans nos collèges, dont la plupart ne requièrent qu'un cours de deux ans, les sessions ne durent chaque année que cinq ou six mois ; quel encouragement à l'étude bien entendue de la médecine, de tels collèges peuvent-ils donner à des élèves qui ne veulent pas se borner à suivre aveuglément les quelques avis qu'ils ont pris en note à de rares lectures ou dans quelques maigres compendiums. De tels cours pouvaient passer comme pis-aller dans les temps coloniaux, ou avant que les médecins fussent une drogue imposée au public, comme on peut les appeler, aujourd'hui que tous les villages en sont encombrés et qu'il leur faut faire de continuels efforts pour se procurer une clientèle et faire, pécuniairement parlant, joindre les deux bouts. Il doit être évident à tout professeur de faculté qu'un cours de deux et même trois ans est tout à fait insuffisant pour préparer un étudiant,—pris dans le meilleur sens du mot, brillant et actif,—aux graves devoirs du médecin pratiquant ; car si la faculté enseignante fait partie du corps

des examinateurs, elle doit constater avec peine combien sont superficielles les connaissances de ceux qui aspirent à leurs degrés dans de telles conditions.

Dans le plus grand nombre de nos collègues, on donne des lectures sur des sujets spéciaux ; chez quelques-uns la dermatologie est considérée une spécialité ; alors une fois la semaine, on y consacre une lecture clinique. Cependant, comme le sujet ne fait pas partie du programme des examens, la plus grande partie des élèves s'absente de ces lectures ; puis on reçoit des diplômés certifiant la connaissance de la médecine dans toutes ses branches, quoiqu'on n'ait pas vu un seul cas de maladie cutanée et qu'on soit incapable de diagnostiquer une syphilide ordinaire d'un eczéma, ou même un éléphantiasis d'un sclérodérme.

Toutefois, en pratique, on traitera, sans hésitation, tous les cas de maladie cutanée sans exception, et cela avec un sang-froid et une apparence de confiance illimitée dans sa connaissance des éruptions (*rash*), car il n'y a qu'une éruption et rien de plus. Je ne blâme pas tant ce genre de praticiens que le corps enseignant, parce qu'avec un cours de deux ou trois ans, il est impossible à des élèves de s'appliquer à des matières sur lesquelles ils ne seront pas examinés. Il est bien entendu que ces remarques ne s'appliquent pas aux praticiens—et ils sont nombreux,—qui après leurs examens se livrent à l'étude consciencieuse des maladies de la peau.

En présence de l'un de ces cas, l'on se demandera quel remède conviendrait à telle ou telle maladie, quelle serait la meilleure prescription pour un eczéma, par exemple ; ceci est le signe pathognomonique d'une mauvaise éducation et d'un manque à la fois, d'expérience clinique et de connaissance théorique ; c'est à nous, dermatologistes, de réagir contre cette routine et d'y porter remède.

A cause du petit nombre de lectures données sur la dermatologie, et de la courte durée des études, il est impossible dans ce pays, de faire quelque progrès sensible dans cette spécialité. Il est vrai qu'on peut acquérir une certaine instruction par l'observation personnelle et que dans quelques collèges de post-gradués, l'on donne des lectures suivies de la dermatologie ; mais pour l'acquit de connaissances quelque peu étendues sur le sujet, on a jusqu'ici considéré comme nécessaire un tour d'Europe. Vienne est regardée comme la Mecque de ceux qui veulent étudier les maladies de la peau ; car il faut avouer que la splendeur de l'Hôpital St. Louis n'a pas attiré un grand nombre d'élève à Paris ; à Londres, les patients ne sont pas amenés devant les élèves pour les fins d'enseignement ; par conséquent, l'avantage, pour l'étude de cette spécialité, reste à la capitale de l'Autriche.

Pour combien de temps l'étudiant, aujourd'hui médecin, doit-il s'expatrier? Cela dépend beaucoup de la somme de connaissances qu'il entend acquérir et du montant d'argent qu'il a à sa disposition. Il doit dépenser plusieurs années à l'étude de l'histologie, de la pathologie générale, de l'anatomie pathologique, de la pathologie interne, de la bactériologie et des maladies cutanées avant d'entrer dans la pratique comme spécialiste; mais là n'est pas ce qui se fait ordinairement. On donne trop de temps à l'étude du diagnostic et du traitement des maladies cutanées; cela suffit à un praticien général, mais non à celui qui veut ouvrir d'avantage le champ des connaissances en dermatologie; car où est celui qui entreprendrait d'amplifier les descriptions des symptômes cliniques tels que données par des chercheurs aussi profonds que Hebra, Wilson, Tilbury Fox, etc., observateurs qui ont sacrifié leur vie à ce sujet et qui en ont vu des cas par milliers et dizaine de milliers. Je ne dis pas qu'il est impossible d'y parvenir; mais il faudrait une bonne dose de courage et d'imagination pour prétendre se créer une réputation dans cette voie.

Le fait de combiner l'étude des maladies cutanées avec celles des organes génito-urinaires, au lieu d'avec la pathologie interne, est une erreur sérieuse; car ces deux maladies n'ont absolument aucun rapport l'une avec l'autre, et la connaissance de l'une n'aide en rien à l'étude de l'autre; tandis que tous admettront qu'une foule de maladies cutanées sont en rapport direct avec les conditions pathologiques internes, quant à l'étiologie.

L'histologie normale et pathologique, la bactériologie et la pathologie générale sont vis-à-vis la dermatologie, ce qu'elles sont pour les autres branches de la médecine et de la chirurgie, c'est-à-dire qu'elles sont essentielles pour avoir une grande vue d'ensemble sur le sujet, et que sans elles, nul ne peut discourir sur l'étiologie de ces maladies, cette partie de la science médicale sur laquelle se portent principalement les recherches actuelles.

Dans l'état actuel des choses, le futur dermatologiste américain doit s'absenter plus ou moins longtemps et va puiser ailleurs ce qui doit faire le fond de son savoir,—puis nous revient avec les idées, les théories de l'école qu'il a suivie en Europe. Ceci explique le fait que nous n'avons pas de système spécial et particulier en dermatologie. En Europe même, il n'y a plus lieu aujourd'hui de faire de distinction entre l'école allemande, française ou anglaise, parce que dans ces pays le nombre des dermatologistes est si grand que ces écoles sont subdivisées et que chaque grande ville a son cercle de spécialistes tout à fait distinct des autres.

Quant à nous, laissés à nous-mêmes, nous avons dû faire des obser-

vations personnelles dont nous sommes fiers en vérité. mais qui n'ont pas reçu la sanction des maîtres de la science.

Comme c'est par la contemplation de nos erreurs et de nos défauts que nous nous corrigeons bien souvent, vous me permettez d'exprimer en terminant mes espérances pour l'avenir. J'ai confiance, messieurs, qu'avant la prochaine réunion du Congrès International de médecine sur notre terre d'Amérique, j'ai confiance, dis-je, que nos collègues auront accordé à la dermatologie la place que son importance lui mérite et que la profession se sera, depuis longtemps, mise à l'œuvre de tout cœur, pour approfondir et faire connaître cette science encore si ignorée et pourtant si féconde en bienfaisants résultats.

SECTION D'OTOLOGIE.

Président : Le Dr S. J. JONES, de Chicago.

Secrétaire : Le Dr S. O. RICHER, de Washington.

Le président fait l'historique des progrès de l'otologie depuis vingt-cinq ans, de son état présent et de ses rapports avec la médecine générale.

Le Dr S. S. Bishop, de Chicago, lit une communication intitulée : *Rapport sur 5700 cas d'affections auriculaires, classifiés d'après l'âge, le sexe, la profession et la maladie; causes.* Les conclusions de l'auteur sont que le jeune âge est une cause prédisposante; que le sexe n'a aucune influence particulière; qu'environ 80 0/0 étaient des maladies chroniques, et 90 0/0 des maladies de l'oreille moyenne; que les causes du catarrhe nasopharyngien sont les causes immédiates des affections de l'oreille moyenne; que le tempérament nerveux prédominait.

Le Dr B. Lowenberg, de Paris, France, lit un travail sur : *Le traitement et la bactériologie des furoncles auriculaires.* Il vante l'emploi de l'alcool absolu saturé d'acide borique, en instillations dans le méat auditif, trois ou quatre fois par jour. Il parla aussi de différentes bactéries trouvées dans le pus des furoncles.

Le Dr L. Turnbull, de Philadelphie, lit un travail sur : *La cause et le traitement des furoncles auriculaires.*

Le Dr T. E. Murrell, de Little Rock, Ark., fait une communication sur : *Particularités dans la conformation et les maladies de l'oreille chez le nègre.* L'africain, car c'est de lui dont le Dr Murrell veut parler, n'a, pour bien dire, que des maladies accidentelles et traumatiques du

conduit auditif externe. Les bouchons cérumineux sont moins fréquents que chez la race blanche. L'otite parasitaire est rare. L'otite moyenne purulente aiguë, quoique fréquente chez les enfants, l'est moins, cependant, chez les blancs. La rhinite purulente est commune chez les scrofuleux, et chez eux, la suppuration de l'oreille moyenne arrive la plupart du temps. La guérison se fait généralement sans trop de diminution de l'audition. L'otite moyenne suppurée chronique est encore moins fréquente. L'inflammation de l'apophyse mastoïde est très rare. L'otite moyenne catarrhale chronique ne se rencontre pas souvent. La proportion des sourd-muets est bien plus petite que chez les races blanches.

Cette communication a soulevé une discussion animée.

Le travail suivant, présenté par le Dr John F. Fulton, de St-Paul, pour titre : *Inflammation primitive de l'antre mastoïdien*. L'auteur dit que les cas de ce genre sont assez fréquents. Le diagnostic en est difficile et ne peut être fait que par voie d'exclusion.

Le Dr Geo. E. Frothingham, de Ann Harbor, Mich., suit avec *Indications pour l'ouverture artificielle de l'apophyse mastoïde et les meilleures méthodes pour l'occlusion de cette ouverture*.

Ces deux communications furent discutées au long.

Le Dr Robert Tilley, de Chicago, fait une communication sur : *La syphilis héréditaire comme facteur de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne*.

Le Dr C. M. Hobby, de Iowa City, fait une communication sur : *La fièvre cérébro-spinale comme cause de surdité*. Cette maladie se montre de bonne heure dans la vie. L'observation prouve que le nombre des sourds de naissance est bien plus petit qu'on ne le croit. Les maladies du nez, chez l'enfant, n'ont pas autant d'influence qu'on a cru, car une forte proportion des cas réputés congénitaux, sont dus à une affection intracrânienne qui a eu lieu dans les premiers temps de la vie. La surdité est causée dans la plupart des cas par une affection du labyrinthe, mais on peut aussi avoir affaire à une affection du nerf acoustique. En même temps que la surdité, il peut survenir de la cécité.

SECTION DE LARYNGOLOGIE.

Président : Le Dr W. H. DALY, de Pittsburg.

Secrétaires : Les Drs W. PORTER, de St. Louis ; D. N. RANKIN, d'Alleghany, Ottakar CHIARI, de Vienne ; Hermann KRAUSE, de Berlin ; E. J. MOURE, de Bordeaux,

Le président souhaite la bienvenue aux membres étrangers.

Les progrès faits en laryngologie depuis 1876, sont immenses.

En rhinologie, les progrès n'ont pas été moindres. Il y a surtout une maladie dont le traitement a fait un grand pas : c'est la fièvre de foin, (*hay-fever*) dont la cause réside dans le nez. Le laryngologiste de l'avenir doit accorder beaucoup d'importance aux maladies des fosses nasales, et le rhinologiste doit être plutôt chirurgien que médecin.

Le Dr R. H. Thomas, de Baltimore, fait une communication sur : *Les causes de la soi-disant fièvre de foin (hay-fever), de l'asthme nasal et d'affections semblables considérées à un point de vue clinique.* La maladie est provoquée par une manière d'être spéciale des nerfs et des centres nerveux ; ils n'agissent pas comme ils devraient agir. Il faut un traitement général et un traitement local. Ce dernier aura en vue la guérison des maladies du nez et de la gorge et la destruction des zones sensibles.

Le Dr J. B. Klingensmith, de Blairville, fait une communication sur : *La fièvre de foin (hay-asthma)* ; dans tous les cas, le point de départ est local. Le traitement a pour but de remettre la muqueuse nasale dans un état de santé.

De Dr Lennox-Brown, de Londres, fait une communication sur : *Idées actuelles sur la pathologie et le traitement de la tuberculose du larynx.* La tuberculose est causée par les bacilles tuberculeux s'implantant sur un terrain favorable. L'infection du larynx est secondaire à celle des poumons, mais elle peut être primitive. Le traitement sera hygiénique. Il faudra, s'il y a lieu, changer le patient de climat. Il faut aussi se servir de tous les moyens propres à le mettre en état de résister à la maladie. Les inhalations de térébentine, d'huile d'eucalyptus, de menthol, les hypophosphites, etc., agissent bien. On emploie ces moyens lorsque la maladie n'est pas trop avancée. Dans les cas plus avancés, il faut avoir recours au grattage, à la destruction des nodules tuberculeux. Il faut aussi calmer la douleur.

Le Dr D. N. Ranuin, d'Alleghany, lit un travail intitulé : *Quelques remarques sur l'histoire de la rhinologie.*

Le Dr E. F. Ingals, de Chicago, parle sur l'*Epistaxis*. Le traitement général peut être utile dans les cas graves. Il faut rechercher l'endroit qui donne du sang et le cautériser. Le tamponnement des fosses nasales postérieures offre des dangers pour l'oreille moyenne.

De Dr W. Porter de St-Louis, fait une communication sur : *Hémorrhagies périodiques des premières voies aériennes.* Nous pouvons nous tromper quant à l'endroit d'où elles viennent, surtout s'il y a des lésions pulmonaires. Il faut, dans ces cas, ausculter les poumons. Des hémorrhagies du larynx, du voile du palais, etc., auraient pu être prises pour une hémoptysie, s'il n'y avait pas eu d'examen.

Le Dr W. E. Casselberry, de Chicago, parle sur : *Le traitement des papillômes du larynx*. Il faut les enlever avec la pince, la curette ou le galvano-cautère.

Le Dr E. L. Shurly, de Détroit, lit un mémoire intitulé : *Le diagnostic différentiel des affections récentes, tuberculeuses, syphilitiques et rhumatismales du larynx*.

Le Dr E. F. Ingalls, de Chicago, lit un travail ayant pour titre : *Laryngite rhumatismale chronique*. Il n'y en a que quelques cas cités par les auteurs. La maladie est rare ; la diathèse arthritique l'accompagne. Elle est très tenace. La douleur n'est pas très forte, et elle disparaît pour revenir quelques jours après. Le traitement consiste en sprayastringent, salicylate de soude, iodure de potassium, alcalins, etc. Le Dr A. B. Trasher, de Cincinnati, fait une communication sur : *La résorcine dans le traitement du catarrhe nasal*. Elle a une grande affinité pour l'oxygène ; elle réduit la congestion et l'inflammation. On peut l'employer en pommade à la proportion de 2 à 10 pour cent.

Le Dr H. H. Curtis, de New-York, étant absent, on lit son mémoire sur : *La chirurgie de la cloison du nez et des cornets*.

Le Dr F. Massei, de Naples, a fait parvenir une communication sur : *L'érysipèle primitif du larynx*. Il y a un érysipèle primitif du larynx, mais il est rare. Le plus souvent, il est secondaire à un érysipèle d'une autre partie du corps. La maladie peut s'étendre aux poumons et à la gorge, sans avoir de manifestations extérieures. Il faut traiter les symptômes.

Vingt ans de travaux laryngologiques à Mexico. Tel est le titre d'un travail envoyé par le Dr F. Semcleder, de Mexico.

Lecture d'une communication du Dr F. B. Eaton, de Portland, Oré. sur : *Etat actuel de l'emploi du galvano-cautère dans le traitement des affections des premières voies aériennes. Démonstration par la présentation d'instruments et la description de cas*.

Le Dr W. E. Casselberry, de Chicago, lit un mémoire sur : *Le fibrome nasal*. L'auteur parle de ce qui a été écrit sur ce sujet, puis il rapporte l'histoire d'un cas qui lui est personnel.

Le Dr J. O. Roe, de Rochester, fait une communication sur : *La chorée laryngienne*. Il y a des cas de chorée du larynx, sans qu'il y ait de manifestations choréiques en d'autres parties du corps. Le traitement de la chorée est indiqué.

Les effets délétères du tabac sur la gorge et le nez. Tel est le titre d'une communication faite par le Dr M. F. Coomes, de Louisville. L'auteur dit que celui qui fume souffre plus que celui qui chique, parce que la fumée entre chaude dans les voies aériennes et y dépose la nico-

tine, la potasse. Quatre-vingt-quinze pour cent des fumeurs ont un état congestif des muqueuses du pharynx, du nez et du larynx.

Le Dr Max. J. Stern, de Philadelphie, fait une communication intitulée : *Tubage ou trachéotomie*. Après avoir passé en revue la littérature médicale se rapportant à ce sujet, et donné une nombreuse statistique, l'auteur dit qu'il faut préférer le tubage chez les enfants au-dessous de trois ans et demi. La trachéotomie doit être faite depuis trois ans et demi jusqu'à cinq ans. Chez l'adulte, le tubage est préférable.

Le Dr C. Jones, de Londres, fait une communication sur : *L'action de l'épiglotte pendant la déglutition*. L'épiglotte pendant la déglutition n'est pas refoulée par la base de la langue sur le larynx. Le larynx est attiré vers la base de la langue, et les constricteurs le ferment en grande partie. L'épiglotte est attirée en bas par les muscles et se moule sur l'ouverture du larynx.

Le Dr C. Slover Allen, de New-York, présente à la section un nouveau modèle d'anse et écraseur.

Le Dr C. M. Desvemine, de La Havane, lit un mémoire intitulé : *La tension longitudinale des cordes vocales, sa physiologie et ses lésions*.

Le Dr J. O'Dwyer, de New-York, suit avec : *Le traitement de la sténose chronique du larynx et de la trachée par le tubage*. Il présente plusieurs larynx qui ont subi le tubage. Des cas de sténose ont été traités avec succès. Un cas d'obstruction trachéale a aussi été traité, et il dit qu'un tube peut séjourner dans cet organe pendant toute la vie.

Le Dr W. Porter, de St-Louis, lit un mémoire se rapportant à trois cas de tumeurs bénignes du pharynx. Il parle aussi du traitement du goitre kystique au moyen d'un morceau de catgut trempé dans l'iode et passé dans la tumeur.

L'ajournement eut lieu après qu'un vote de remerciements au président et aux autres dignitaires eût été pris.

Dr A. J. B. ROLLAND.

SECTION DE MÉDECINE GÉNÉRALE.

Président : DR. A. B. ARNOLD, de Baltimore.

Secrétaires : DRs. J. W. CHAMBERS, de Baltimore et W. F. WAUGH, de Philadelphie.

Dans son discours d'ouverture sur la médecine en général, M. le Président dit qu'il croyait à propos de passer en revue le sujet de la thérapeutique et du diagnostic. Il fit le contraste du *nécessitarisme* théra-

peutique qui prévalait autrefois, avec la confiance excessive qu'en certains quartiers, on a placée dans les drogues. Les deux assertions sont également irrationnelles et n'ont pas été convenablement mises à l'épreuve.

Le traitement des maladies fébriles, à caractère aigu, est particulièrement digne de notre étude et de notre attention. De nos jours, il n'y a plus de méthode uniforme de traitement pour les fièvres, mais il y a les systèmes anglais, français, allemand et américain. Il est important de noter que, depuis les trois ou quatre dernières décades, la mortalité, par les fièvres, a diminué considérablement. Notre attention se porte aujourd'hui sur le fait que l'on s'applique surtout à réduire la pyrexie dans le traitement de la fièvre typhoïde. Tous les médicaments en usage jusqu'à ces derniers temps, ont eu le malheureux tort d'accabler le système d'une manière regrettable. L'évidence de la valeur thérapeutique de ces médicaments n'a jamais été établie. L'hyperpyrexie elle-même est certainement une source de grand danger. Il n'y a pas de traitement comparable à celui qui consiste à soutirer du corps l'excès de la chaleur qui le consume. Ceux qui prônent le traitement actif devraient revoir l'histoire du traitement de la pneumonie. La non-intervention d'agents actifs a fait de cette maladie la fortune de l'homéopathie.

La médication inconsidérée est toujours due à une idée erronée sur la nature vraie de la maladie. Les principes généraux formulés par les médecins d'autrefois, étaient en somme excellents. Ils faisaient de la médecine expectante et se tenaient aux aguets contre les complications. Une partie essentielle du traitement consiste en une alimentation sage et l'observation de saines règles hygiéniques. Il y a une médecine conservatrice comme il y a une chirurgie conservatrice.

La médecine préventive, qui gagne du terrain, marque une nouvelle ère dans l'histoire de la médecine. La bactériologie de même que les statistiques, nous enseignent d'inappréciables leçons. L'attention que l'on porte à l'hygiène, l'amélioration des classes pauvres par le renvoi des enfants hors des usines et manufactures, et la diminution des heures de travail contribuent grandement à augmenter la longévité de notre race.

La pathologie avance à grands pas, mais la thérapeutique la suit de bien loin. Le praticien a plutôt classé ses maladies parmi les scléroses, les cirrhoses, etc., qu'il n'a trouvé de remèdes à leur opposer. Les auteurs ne parlent plus d'hydropisie, de paralysie, etc.; de *cliniques*, les maladies sont devenues *anatomiques*. Autrefois, les médecins croyaient avoir des spécifiques, tels que le calomel ou autres altérants. Peut-être nous sommes-nous trop hâtés de les mettre de côté.

Le traitement des symptômes, cependant, ne doit pas être négligé ; il est souvent curatif. Un remède qui affecte les fonctions d'un organe, peut aussi en changer la structure anatomique.

On ne peut condamner la pratique de la thérapeutique expérimentale puisque, par ce moyen, on arrive directement à connaître le mode d'action des médicaments. Virchow a dit " c'est à la thérapeutique seule qu'échoient tous les affronts, " avancé qui n'a plus autant sa raison d'être que lorsqu'il fut énoncé. Nous devrions donc non-seulement connaître mieux l'action thérapeutique de nos remèdes, mais aussi nous efforcer d'en augmenter le nombre par l'expérimentation. La méthode numérique est imparfaite, je le sais, mais c'est le meilleur moyen de comparer les différentes méthodes.

En terminant, l'orateur fit allusion aux difficultés de la pratique médicale et appuya sur l'importance d'une connaissance approfondie de la médecine physiologique.

M. le Dr AUSTIN FLINT, de New-York, donne une lecture sur *la fièvre, ses causes, son mode d'action et son traitement rationnel.*

Après avoir discoursu sur la théorie de la chaleur animale, l'auteur en vient aux conclusions suivantes :

1° Les fièvres, surtout celles qui appartiennent à la classe des maladies aiguës, sont limitées à elles-mêmes quant à leur durée ; elles sont dues à une cause spécifique, à un micro-organisme dont l'action morbifique cesse après un certain laps de temps.

2° Nous ne pouvons pas encore détruire directement le microbe qui cause la fièvre continue ; mais nous devons, pour le présent, nous contenter de modérer ses effets et de réagir contre lui, en soutenant la force de résistance du patient.

3° La production de la chaleur animale implique l'oxydation de différentes parties de l'organisme ou des éléments de l'alimentation représentés dans la formation et l'élimination des matières excrémentielles azotées, de l'acide carbonique et de l'eau.

4° Dans ses rapports avec la nutrition générale et la production de la chaleur animale, l'eau formée dans l'économie par un procédé d'oxydation, doit être rangée parmi les matières excrémentielles.

5° La fièvre, ou plutôt la fièvre essentielle peut être définie : une condition de production excessive de chaleur, entraînant le manque de nutrition, la production excessive et l'élimination de matières azotées et d'acide carbonique, avec perte et dégénérescence des tissus, et suppression partielle ou complète de la production et de l'élimination de l'eau.

6° A part les conséquences des complications et des accidents, les symptômes ataxiques, dont l'intensité et la persistance mettent la vie.

en danger, ne sont que secondaires et proportionnés à l'élévation de la température. On améliore ces symptômes par un traitement tendant à réduire la température générale du corps.

7^o L'abaissement de la température par l'application externe du froid, ou par l'administration interne des antipyrétiques connus, sans toutefois affecter la cause spécifique de la fièvre, améliore certainement les symptômes qui ne sont pas les suites de la pyrexie.

8^o Dans l'état de santé, pendant une période d'inanition, on peut, en augmentant la production et l'excrétion de l'eau, prévenir, en partie, la déperdition de substance causée par l'excès de chaleur animale.

9^o Dans la fièvre, les effets de l'inanition—destruction et dégénérescence des tissus—deviennent plus intenses par le défaut de production et d'excrétion de l'eau.

10^o Chez les patients atteints de fièvre, l'alimentation, dont le but est de retarder et de réparer la destruction ou la dégénérescence des tissus et des organes, est difficile surtout à cause des dérangements des organes digestifs : cette difficulté sera combattue par l'usage d'aliments légers ou dont la digestion a été commencée ou même accomplie par des moyens artificiels.

11^o Dans l'administration des hydrocarbonés, qui sont les agents les plus importants de la chaleur animale, l'alcool est celui dont l'oxydation et par suite l'absorption se produisent le plus promptement, et qui imposent le moins de travail aux organes digestifs.

12^o Précisément à cause de l'oxydation facile de l'alcool, ce médicament offre un aliment tout préparé à la combustion, et se substitue ainsi sans préparation, aux tissus organiques qu'il s'agit de conserver.

13^o L'introduction de substances consommées dans la production de la chaleur fébrile diminue, au lieu d'augmenter, l'intensité de la pyrexie.

14^o Comme l'oxydation de l'alcool entraîne nécessairement la formation de l'eau, et arrête la destruction des tissus, son action, dans le traitement de la fièvre, tend à rétablir les fonctions normales et productrices de la chaleur, fonctions dans lesquelles l'eau joue un rôle si important.

15^o Dans le traitement de la fièvre, le praticien doit s'attacher : 1^o à subjuguer et réduire la pyrexie par tous les moyens directs et indirects ; 2^o à restreindre et réparer par l'alimentation, la destruction et la dégénérescence des tissus et des organes ; 3^o à fournir des aliments à la combustion dans la production anormale et excessive de la chaleur, et par là, à placer le système dans les conditions les plus favorables à un prompt rétablissement après que la maladie aura parcouru ses différentes phases.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE.

Paralysie agitante.

CLINIQUE À L'HOTEL-DIEU—6 OCT. 1887—L'HON. DR A. H. PAQUET.

MESSIEURS,—Vous avez devant vous un cas qu'on peut assez facilement, à première vue, qualifier—l'élément pathologique dominant étant le tremblement du bras et de la main du côté droit, et ce presque constamment.

Le malade soumis à votre considération, est un homme de 48 ans affecté de cette maladie depuis 4 ans ; il a travaillé dans les mines pendant plusieurs années, puis dans les moulins à scie, a éprouvé des alternatives de chaud et de froid, et cela très fréquemment. C'est mon malade depuis quelques semaines ; j'ai déjà eu l'occasion de connaître l'histoire du cas—aucune affection syphilitique, santé générale très bonne, pas d'empoisonnement mercuriel, pas de traumatisme, si ce n'est la section partielle, par une scie circulaire, de deux doigts de la main droite, mais le tremblement ne s'est manifesté que 6 mois après la guérison complète. Que peut donc vouloir signifier ce tremblement dans le cas actuel et que signifie-t-il généralement ?

Quelle est sa valeur diagnostique ?

Le tremblement musculaire dépend d'un grand nombre d'affections.

Il se lie tour à tour, "dit Racle" dans son traité de diagnostic médical, à une lésion des muscles eux-mêmes ; à une maladie des nerfs ; aux névroses ; à des maladies des centres nerveux ; à des intoxications ; enfin à un phénomène essentiel, résultant ou de la vieillesse ou d'un état d'épuisement de l'économie.

En conséquence des progrès de l'âge, on voit survenir un *tremblement* qu'on nomme *sénile*, conséquence d'un état d'affaiblissement de tous les organes. Il y a des exceptions pourtant, puisqu'on voit des hommes encore vigoureux en être affectés, mais il est plus fréquent dans la vieillesse et la décrépitude. Il commence lentement et se montre d'abord dans les muscles du cou d'où les mouvements oscillatoires continuels de la tête ; il gagne ensuite les lèvres d'où le bégayement, le marmottement continuels et enfin, il s'étend au bras, et en dernier lieu aux jambes. Cette espèce de tremblement est perpétuel ; il est rare qu'il y ait des exacerbations et des rémissions. L'intelli-

gence et les organes des sens sont souvent affaiblis. Pour l'homme âgé, il est difficile de ne pas rapporter ce tremblement à sa véritable cause ; mais il peut survenir chez un individu qui soit loin de la vieillesse, car on en rencontre à 45 ans. C'est alors un peu difficile. Cependant on reconnaît que c'est un trouble *sénile* quand il est lié à une décrépitude précoce. L'absence d'autres troubles cérébraux empêchera qu'on ne confonde ce tremblement avec celui du ramollissement du cerveau.

Le tremblement *sénile* peut être confondu assez facilement avec une maladie qu'on observe le plus souvent chez les vieillards et que l'on trouve décrite sous le nom de "Paralysie agitante ou tremblante."

Cette maladie débute ordinairement par un membre ou une partie des extrémités d'un membre, puis elle gagne progressivement l'autre membre et se généralise en un temps plus ou moins long.

Quand elle est confirmée, le tremblement est à peu près incessant *pendant la vieillesse* et il se produit surtout dans l'état du système musculaire qui correspond à une attitude fixe.

Ce tremblement a des caractères très particuliers ; il est peu étendu, rapide, régulier. Charcot dit qu'il a souvent remarqué un mouvement particulier du pouce et de l'index comme pour émietter du pain. La tête et le cou restent indemnes sauf la langue qui offre quelquefois un tremblement marqué. Les muscles de la face sont immobiles, la physionomie exprime la tristesse et reste fixe comme un masque. L'attitude du corps est toute spéciale ; la tête et le tronc sont penchés en avant, en sorte que d'après Trousseau, on pourrait dire de ce malade qu'il court après son centre de gravité.

Quelquefois à une période avancée de la maladie, les muscles deviennent rigides et cette rigidité peut entraîner des déformations des mains analogues à celles du rhumatisme chronique.

La sensibilité générale et la puissance musculaire elle-même sont peu atteintes. La marche de la maladie est très lente et sa durée est en quelque sorte indéfinie. On a longtemps *confondu* avec la Paralysie agitante, une maladie qui s'en distingue et par l'existence de lésions anatomiques bien définies et par ses caractères symptomatiques—*C'est la sclérose en plaques disséminées* (de Charcot et Vulpian.) Le tremblement est le principal symptôme de cette maladie et il a des caractères très spéciaux ; *nul* pendant le repos, il ne se manifeste qu'à l'occasion de mouvements intentionnels d'une certaine étendue, et il devient de plus en plus intense à mesure que le but à atteindre est plus près d'être touché ; ainsi quand le malade veut porter à sa bouche un verre rempli d'eau, le tremblement est d'abord peu marqué ; mais à mesure que le vase approche des lèvres, il s'exagère au point qu'à l'instant où

le but va être atteint, les dents sont choquées avec violence et le liquide projeté au loin ; les petits mouvements sont au contraire peu altérés et souvent les malades sont capables d'écrire et de faire de petits ouvrages, dit Charcot.

La tête participe aux désordres déjà mentionnés et les yeux peuvent être agités d'une oscillation continuelle (nystagme.) Quelques autres symptômes complètent le tableau de la maladie. La parole est lente et scandée, divers troubles céphaliques, (troubles intellectuels, vertiges, paralysie des sens) indiquent la participation de l'encéphale aux lésions ; souvent il y des paralysies ou contractures des membres dont la distribution est d'ailleurs très irrégulière. La maladie procède ordinairement par poussées successives et la mort est le résultat soit d'un affaiblissement progressif des fonctions organiques, soit d'une maladie intercurrente.

La sclérose par plaques disséminées est rare *après* 35 ans. La paralysie agitante est rare *avant* 40 ans. Cette dernière peut être centrique, mais elle peut être aussi périphérique. Elle est souvent due au froid et à l'humidité ; aux injures, au traumatisme.

Dans la chorée qu'on pourrait peut-être confondre avec la paralysie agitante, le tremblement du membre *appuyé ne cesse pas*.

Dans l'ataxie la vue supprimée exagère les mouvements tumultueux. Vous le voyez, en le faisant marcher les yeux fermés, rien de tel ne se produit.

Sous le nom de *tremblements nerveux* on en a décrit un certain nombre dont les conditions pathologiques sont encore très obscures.

Ils sont dus à l'inanition, à un certain état de convalescence, aux excès vénériens, à la masturbation. Cette dernière cause est souvent difficile à découvrir, mais on devra toujours la soupçonner quand le phénomène se manifestera chez un jeune homme ; il ne faut pas oublier que les excès de pertes séminales volontaires amènent un grand nombre d'accidents qui peuvent simuler une affection des centres nerveux ; tels sont le tremblement, l'aphonie, l'affaiblissement des membres inférieurs et même la paraplégie, l'amaurose, la perte de la mémoire, de l'intelligence, un écoulement séminal presque continu. Dans les maladies *des centres nerveux*, le tremblement ne se présente pas à titre de symptôme déterminé, comme la courbature par exemple. On l'observe quelque fois dans les membres paralysés, les muscles étant trop affaiblis pour permettre au malade d'exécuter des mouvements précis et bien dirigés ; la langue tirée est tremblante et offre une succession de mouvements désordonnés, et ceci accompagné de plusieurs symptômes se fait remarquer dans la paralysie des aliénés.

Dans l'atrophie musculaire progressive, on observe dans les muscles

atteints de petites contractions fibrillaires partielles, qui se succèdent avec rapidité et que l'on aperçoit sous la peau; ordinairement ces contractions sont insuffisantes pour déterminer des mouvements.

Ces trémulations fibrillaires précèdent ordinairement la dégénérescence des muscles et peuvent aussi annoncer leur atrophie prochaine. Le *tremblement* résulte aussi d'un grand nombre d'espèces d'intoxications et c'est alors un phénomène si prédominant qu'il impose son nom aux affections dont il n'est pourtant qu'un symptôme. Il y a du tremblement à la suite de l'abus de l'alcool, du tabac, du thé, du café, de l'opium, du plomb, du mercure, du seigle ergoté, etc. Tous ces différents genres peuvent être ramenés à 2 : l'alcoolisme et l'hydrargyrisme. La plupart des alcooliques nient généralement la véritable cause des accidents qu'ils présentent. Aussi devra-t-on, quand on soupçonne cette cause, rechercher les divers symptômes concomitants qui peuvent assurer le diagnostic. L'alcoolique a un embonpoint marqué, surtout si c'est dû au vin ou à la bière, l'inappétence, vomissements acides, pituiteux, surtout à jeun, la diarrhée, le teint jaune, etc., etc., la dilatation des capillaires du nez, etc., le tremblement des mains et de la langue sont les principaux signes. Chez ceux qui manient le mercure, la salivation, le liséré, la carie dentaire, l'histoire du cas enfin, chez ces personnes qui, elles, ont toute la lucidité ordinaire de leur intelligence, rendront le diagnostic facile. Voici d'après Sinkler, dans le grand ouvrage Ceppe, un aperçu de la maladie appelée "Paralysie agitante."

C'est une névrose chronique dans sa forme, caractérisée par un tremblement qui augmente graduellement en étendue et en sévérité. Le tremblement n'est pas augmenté par le mouvement volontaire des muscles; dans la forme très avancée de la maladie, il y a la festination dont Charcot donne ci-dessus une description et les mouvements modifiés dans l'attitude de la tête et du tronc. Rare avant 40 ans, bien que Charcot en cite deux exemples à 12 et 16 ans, elle est le plus souvent produite par l'exposition constante et prolongée au froid et à l'humidité et quelquefois due à une forte émotion. Ex : un homme de 52 ans consulta le Dr Sunklee en octobre 1883, à propos de cette maladie qu'il contracta sous les circonstances suivantes : relieur de profession, sobre et n'ayant fait aucun excès, n'ayant jamais été malade, excepté des fièvres intermittentes six ans auparavant, il se tenait un jour près de la porte d'un éleveur, au 4^e étage de son établissement.

Constatant que l'éleveur ne fonctionnait pas, il essayait de le débarrasser de son obstacle quand il l'entendit tomber lourdement au-dessous de lui. Craignant qu'il n'y eut quelqu'un qui aurait assurément été tué, il ressentit une telle émotion, qu'il commença à éprouver un

tremblement de la main droite qui s'est continué depuis, avec un tremblement de la jambe du même côté en plus et cela seulement depuis quelque temps.

Un mouvement musculaire volontaire arrête le tremblement de même que l'état de sommeil.

Ces symptômes ont été divisés en trois périodes : celle d'invasion, la stationnaire, la terminale.

Voici d'après l'auteur déjà cité, quelles seraient les différences diagnostiques entre la Paralyse agitante et la Sclérose disséminée qui lui ressemble le plus.

PARALYSIE AGITANTE.

Le tremblement cesse, lors d'un effort volontaire ou du moins il n'est pas augmenté.

Le tremblement est régulier et petit.

La figure est sans expression ; le tremblement de la face est très rare.

Pas de tremblement de tête.

Celle-ci appartient à un âge avancé.

Dans la paralysie agitante il y a souvent festination dans la période avancée.

Notre malade présente bien tous ces caractères.

SCLÉROSE DISSÉMINÉE.

Le tremblement est augmenté par l'effort musculaire et cesse durant le repos.

Le tremblement est plus fort et il le devient de plus en plus durant un effort volontaire.

Les muscles faciaux sont affectés, le nystagme fréquent.

Tremblement de la tête généralement présent.

La sclérose disséminée vers ou avant l'âge moyen. La marche est caracolante.

Rien de cela.

D'après ce que vous venez de voir, messieurs, des réponses données en votre présence, par notre malade et des signes différentiels que je vous ai donnés il ne doit pas exister de doute que nous avons affaire à un cas de paralysie agitante.

J'ajouterai comme dernière preuve à l'appui, que je connais la famille de notre malade et que l'hérédité est, peut-être plus que toute autre circonstance fâcheuse, la cause de ce que nous constatons chez lui. Sous ces circonstances, que devons-nous faire ? Quel est le meilleur traitement à suivre ? En général, il n'est pas satisfaisant. Charcot condamne la strychnine que Trousseau recommande, en disant que dans ses mains elle a produit plus de mal que de bien. La jusquiame et la ciguë ont fait du bien sans guérison définitive. Hammond recommande le galvanisme, donnant en même temps la strychnine et le phosphore ! Le

Dr Sinkler a obtenu un excellent succès au moyen des injections arsénicales hypodermiques, et un autre avec le citrate de fer, quinine et strychnine aidé de l'électricité. Il ne faut jamais négliger dans l'histoire du cas de s'enquérir des tendances héréditaires.

J'ai employé le sulfate de zinc à haute dose—les bromures—absolument sans résultat.

Le galvanisme n'a pas plus répondu à l'attente. Je n'ai pas donné de strychnine ; notre malade m'a dit en avoir pris plusieurs semaines. Les injections hypodermiques de la solution de Fowler soir et matin—6 gouttes chaque fois, m'ont plus que le reste donné satisfaction ; c'est ce que je vais continuer pendant quelques temps encore, vous promettant de vous tenir au courant des résultats.

MEDECINE PRATIQUE.

Phthisie pulmonaire.

A l'*Académie de Médecine de Paris* ;—séance du 20 septembre, Mr Garcin dit au sujet du traitement de la Phthisie pulmonaire :

Depuis plus d'un an j'expérimente cet agent thérapeutique, l'acide fluorhydrique ; pour cela j'ai divisé une grande pièce de mon appartement en cinq petites chambres d'inhalation et c'est là que j'ai reçu mes malades.

Du mois d'août jusqu'à ce jour, 100 tuberculeux à différents degrés ont été observés.

Les résultats obtenus sont :

Etats stationnaires.....	14
Améliorations	41
Guérisons.....	35
Morts	10

100

Le procédé employé consiste à faire séjourner pendant une heure, tous les jours, le malade dans une cabine mesurant six mètres cubes d'air, saturé d'acide fluorhydrique.

Cette saturation s'obtient en faisant passer un courant d'air, à l'aide d'une pompe, dans un bocal en gutta-percha contenant :

Eau distillée.....	℥ ix et ʒ ii j
Acide fluorhydrique....	℥ ii j et ʒ j

La dose d'acide doit varier suivant la résistance et la tolérance plus ou moins grande de chaque malade.

Les phthisiques du 1^{er} degré acceptent facilement 20 pintes par mètre cube, ceux du 2^e degré 15 pintes et ceux du 3^e degré 10 pintes seulement, et encore pour ces derniers est-on obligé d'ajouter un flacon laveur au premier, contenant six oz. d'eau distillée, de manière à diminuer l'effet de l'acide en saturant en même temps la cabine de vapeurs d'eau.

Au bout de quinze minutes, il est bon de renouveler la saturation, car elle disparaît très rapidement.

Sous l'influence de cette médication, les quintes de toux deviennent de plus en plus rares et finissent par disparaître complètement ;—les crachats, de purulents et verdâtres qu'ils étaient au début du traitement, deviennent blancs, mousseux et de plus en plus rares ;—l'appétit s'améliore ;—les sueurs nocturnes deviennent moins abondantes et cessent complètement.

Les bacilles ne résistent pas à cette médication, car l'analyse des crachats fait constater que ces micro-organismes : 1^o deviennent chaque jour de plus en plus rares ; 2^o ne se segmentent plus, et 3^o finissent par disparaître des sécrétions.

Des malades soumis à ce traitement depuis plus d'une année et n'ayant pris, depuis lors, aucune nouvelle vaporisation, conservent jusqu'à ce jour leur immunité. Je les revois encore de temps en temps et l'auscultation me permet de constater que la réparation se maintient dans un état très satisfaisant.

—(Concours Médical.)

Hémoptysie.

On lit dans le *British Medical Journal* que le Dr Hausseman recommande l'atropine en injections sous-cutanées comme dernière ressource dans les cas graves d'hémoptysie. Il rapporte trois cas où l'emploi de ce moyen a produit des résultats satisfaisants. Dans le premier, le patient avait eu douze hémoptysies en six jours, une simple injection de 1-16 de gr. d'atropine en prévint le retour. Le deuxième cas avait résisté aux préparations de térébenthine et aux injections hypodermiques d'ergotine, mais fut guéri par une seule injection d'atropine.

Le troisième cas plus grave encore que les deux premiers ne nécessita pas plus de deux injections d'un 1-16 de grain d'atropine.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.

Recherches expérimentales sur le *Delphinium Staphisagria* et sur la delphinine.

Par le Dr GAUTHIER, de Naples.

Le Dr V. Gauthier, de Naples, auteur de nombreux et estimés travaux de sciences biologiques et médicales, a publié l'année dernière les résultats de ses recherches personnelles sur le *Delphinium Staphisagria* et sur la Delphinine, aux points de vue de la botanique, de la matière médicale, de la pharmacologie, de la chimie, de la physiologie expérimentale et de la toxicologie.

D'après les recherches de Marquis et de Dragendorff (1877), les semences de *D. Staphisagria* contiennent quatre alcaloïdes : la *Delphinine*, la *delphinoidine*, la *staphisagrine* et la *delphisine*.

Nous ne nous occuperons ici que de la *delphinine*, le plus important de ces alcaloïdes, en empruntant l'excellent résumé du Dr Wyss.

La delphinine se présente sous forme d'une poudre amorphe, jaunâtre, d'apparence résineuse. Sa forme chimique est $C_{22}H_{35}AzO_6$. Elle est insoluble dans l'eau, se dissout dans l'alcool, le chloroforme et l'eau acidulée. La delphinine est administrée de préférence sous forme de granules et de pilules. Mais les doses indiquées par Trousseau et Pidoux ($\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ de grain) sont beaucoup trop fortes. La dose maximum est de 1760 à 176 de grain par jour.

A l'extérieur, on l'emploiera sous forme de pommade : (Vaseline 10. Delphinine 1 à 5).

Etudiant expérimentalement les effets physiologiques et toxicologiques de la Delphinine, le Dr V. Gauthier arrive aux conclusions suivantes :

La Delphinine est un modificateur du système nerveux. Elle agit d'abord sur la portion bulbaire de la moëlle et ensuite sur le sympathique.

1° — *Action de la delphinine sur la sensibilité.* — La delphinine produit d'abord une excitation fonctionnelle, puis, par une atténuation graduée, une diminution et une abolition complète, mais passagère. L'analgésie peut cependant durer jusqu'à 24 heures. Pour produire ces effets, la delphinine agit à travers la solution centrale des nerfs.

L'action de la delphinine sur la sensibilité constitue son indication physiologique la plus importante et la seule au point de vue thérapeutique. Sous ce rapport, la delphinine est préférable à l'aconitine, d'autant plus qu'elle est moins toxique.

2° *Action sur les nerfs moteurs.*—A dose physiologique, elle n'a pas d'action. A dose toxique, les propriétés des nerfs moteurs sont rapidement détruites.

3° La delphinine agit sur le *système locomoteur*, en produisant de l'incoordination et de l'ataxie.

4° La contractilité de la *fibre musculaire* persiste jusqu'à la mort de l'animal.

5° La delphinine agit sur le *cœur* et la *circulation sanguine*. Elle accélère d'abord les mouvements cardiaques et produit de l'arythmie. Puis survient une période d'accalmie caractérisée par des contractions rythmiques et régulières d'une ampleur beaucoup plus grande. Finalement le cœur s'arrête en diastole. Cette action de la delphinine a lieu par l'intermédiaire du bulbe et des pneumo-gastriques.

Les modifications de la tension sanguine consistent en une élévation passagère suivie d'un abaissement plus ou moins marqué. L'abaissement de la température est en rapport étroit avec les modifications de la tension sanguine.

6° La delphinine étend son action sur les *fonctions respiratoires* en y produisant une véritable arythmie des mouvements respiratoires due surtout à un état spasmodique des muscles respiratoires (muscles abdominaux, intercostaux et diaphragme). L'arythmie respiratoire a pour conséquence une augmentation de l'acide carbonique dans le sang. Lorsque le spasme tétanique est à son maximum, le poumon s'arrête et l'animal meurt par asphyxie. La mort survient par arrêt de la respiration et non pas du cœur.

7° Sur les *organes digestifs*, la delphinine produit le vomissement et la diarrhée.

8° La delphinine agit sur la *pupille* à travers le centre cilio-spinal: myosis suivie de mydriase. La dilatation pupillaire peut se produire sous l'action de petites doses du médicament.

9° En s'éliminant, la delphinine augmente les *sécrétions*: salive, bile, urine, sécrétion intestinale.

Le *traitement de l'intoxication* par la delphinine se base sur la connaissance du mécanisme de la mort, qui arrive par arrêt de la respiration. La respiration artificielle est indiquée pour donner le temps au médicament de s'éliminer. Il n'y a que partiellement antagonisme entre la delphinine et d'autres alcaloïdes: la *strychnine* quant à la sensibilité, et l'*atropine* quant à l'arythmie cardiaque. Mais ni la strychnine, ni l'atropine, n'empêchent la mort par la delphinine si l'on n'a recours à la respiration artificielle.

Indications thérapeutiques.—Les effets physiologiques de la delphinine sur la sensibilité indiquent son emploi dans les *névralgies* et

peut-être aussi dans les affections qui sont accompagnées d'une augmentation de la sensibilité: *névralgie du trijumeau*. Quant au mode d'administration, l'usage interne est préférable à l'injection sous-cutanée, à cause du peu de solubilité de la delphinine dans l'eau. La *dose maxima* sera de 1/60 de grain répétée toutes les deux heures jusqu'à effet produit.

L'application externe de la delphinine ne doit pas avoir beaucoup d'effet calmant, d'abord parce que l'absorption est presque nulle, ensuite parce que la delphinine doit agir sur le bulbe pour manifester ses effets.—*Journal de Médecine de Paris*.

De l'action de la cocaïne dans les maladies de l'estomac.

L'histoire de la coca n'est plus à faire. Nous n'avons donc pas l'intention de reprendre ce qui a déjà été exposé dans ces dernières années. L'histoire de la cocaïne a également suscité de nombreux mémoires qui, tous, ont mis en relief l'action anesthésique de cet alcaloïde sur les muqueuses extérieures. Mais, en même temps, les auteurs perdaient de vue, sinon l'origine première de l'avènement de cette substance en Europe, du moins le détail de son adaptation spéciale au but déterminé que les indiens lui avaient assigné en ce qui concerne l'estomac. D'abord, la coca leur servait à tromper la faim. En second lieu, ils ne mâchaient jamais de feuilles de coca sans leur associer des cendres connues sous le nom de *llipta*. Enfin, ils s'obligeaient à la continuité dans la mastication sous peine de perdre le bénéfice de leur traitement. Sans doute, la science moderne nous a démontré que la coca doit son action à la cocaïne qui, en insensibilisant la muqueuse stomacale, abolit la sensation de la faim, sans doute elle nous a révélé que la cocaïne appliquée sur les muqueuses a découvert les anesthésies, mais le jour où nos maîtres, je citerai par exemple M. Dujardin-Beaumetz, en ont par analogie prescrit l'ingestion stomacale, ils ont dû constater l'infidélité du médicament dans les affections gastriques. Pourquoi?

C'est justement ce point qui mérite d'être discuté à nouveau, parce que c'est de la solution favorable du problème en question que résultera probablement une utilisation de la cocaïne qui ne le cède en rien, soit comme action bienfaisante, soit comme application pratique, au rôle du même alcaloïde par rapport aux muqueuses extérieures. Nous croyons intéressant à ce sujet de résumer les derniers travaux français... Voici notamment comment MM. Salet et Afchain (de Saint-Germain) ont procédé en de nouvelles recherches expérimentales.

Après avoir une fois de plus constaté la trop courte durée de l'action de la cocaïne à faible dose, et, en revanche, sa toxicité à dose trop élevée, ils se sont proposé, par un artifice quelconque, d'en multiplier l'épandage sur la muqueuse stomacale. Or, Virchow et Cl. Bernard ont prouvé que les alcalins suractivent les fonctions des cellules de l'organe. L'hypersécrétion assurerait donc, dans l'espèce, la dilution de la cocaïne et par conséquent sa répartition uniforme sur la surface du revêtement muqueux. Les indiens ne faisaient, du reste, pas autre chose en additionnant de Ilipta leurs feuilles de coca ; il s'agissait en effet ici de chénopodées incinérées : outre que les oxalates de chaux et de soude représentés par ces cendres, ainsi mélangés à la coca, libéraient la cocaïne, ils provoquaient par le mécanisme indiqué sa dilution. C'est aussi ce qui a lieu lorsque, avec le chlorhydrate de cocaïne, on administre une proportion relativement forte de bicarbonate de soude.

Ce n'est pas tout, d'ailleurs, car, même dans ces conditions la cocaïne, qu'elle soit ingérée à petites ou à hautes doses, n'exerce qu'une action fugace. Nous l'avons tous noté en pareilles circonstances, à telles enseignes, qu'à l'exemple de MM. d'Ardenne (de Toulouse) et Houel, nous sommes obligés, pour faire cesser une crise douloureuse, de la poursuivre à coups répétés d'ingestion ou d'injection médicamenteuse. Mais n'allons pas dépasser la tolérance, car nous déterminerions de l'hyperexcitabilité locale et générale, — n'allons pas prescrire une absorption cocaïnique par trop prolongée ! Comment alors, avec une même dose de cocaïne, obtenir une persistance de son action anesthésique sans nuire à ses effets premiers. La physiologie a encore guidé MM. Salet et Afchain. La morphine, aux doses très minimes de 1 à 5 milligrammes (1/50 à 1/10 de grain) complète l'anesthésie cocaïnique et la prolonge. Par conséquent, 2 à 8 milligrammes (1/25 à 1/6 de grain) de cocaïne, joint à $\frac{1}{2}$ à 1 milligramme (1/100 à 1/50 de grain) de morphine enrobés dans un excès de bicarbonate de soude (doses moyennes) produisent sur la muqueuse gastrique des effets comparables à ceux d'une solution bien graduée de cocaïne sur une muqueuse accessible au pinceau. Naturellement, selon qu'on a affaire à des vomissements alimentaires, à de la dyspepsie, à de la gastralgie affectant telle ou telle forme, on intervient chez le malade par l'administration du médicament à tel ou tel moment ; l'imprégnation de la muqueuse stomacale et la persistance de l'action anesthésique étant assurées, le patient n'a pas besoin de se bourrer de cocaïne. C'est ce que nous avons personnellement maintes fois contrôlé.

P. KÉRAVAL.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE.

Métrorrhagie.—CONSTANTIN PAUL.

Pulv. Ergotæ	ʒ j
Pulv. Fol. digitalis	grs xviii

M.—Pour 20 pilules.—Dose 4 pilules par jour.

Masque de la grossesse.—(MONIN.)

Ol. Theobromæ	} aa ʒ ijss
Ol. Ricini	
Zinci Oxid.	gr iv
Præcipit. Alb.	gr ij
Ess. Rosæ	gtt. x

M.—Pour onctions matin et soir.

Gergures du sein.—(P. VIGIER.)

Acid. Tannici	gr x
Glycerinæ	ʒ v
Aquæ Rosæ	ʒ ij

Faites dissoudre. On applique sur le sein, soir et matin, quelques gouttes de cette solution, pour assouplir la peau et faire disparaître les gergures. Cette mixture s'emploie également contre les gergures des lèvres.

Asthme.—*British Med. journal.*—(*Medical Record.*)

Daturæ talulæ	} aa ʒ ij
Stramonii	
Cannabis Indicæ	
Lobelix inflatæ	
Mêlez à Pulvis Potassii nit.	ʒ ij
Ol. Eucalypti	ʒ ss

Brûlez une cuillerée à table de ce mélange dans la chambre à coucher du malade ; répétez au besoin.

Naturellement l'asthmatique doit suivre les règles d'une hygiène sévère : garder ses pieds chaudement, ne pas surcharger l'estomac, coucher la poitrine élevée, etc.

Fissure anale.—(M. MENDEL.)

Cautérisez la surface avec nitrate d'argent et appliquez l'onguent suivant :

Acidi boracici	ʒ ss
Cocaïn. Hydrochl.	gr xv
Lanolin.	ʒ v

M.—S'il y a constipation laxatifs salins.

Hémorrhoides.—(Dr. FERRAND.)

Ol. Theobromæ	ʒ j
Ergotinæ	gr v

M.—Pour un suppositoire—

Liniment contre le Pityriasis versicolor.—(IHLE.)

Résorcine.	ʒ j à ʒ ij ss
Ol. Ricini	ʒ jss
Alcool.	ʒ v
Bals. Peru.	gr x

M.—Ce liniment est recommandé par l'auteur, dans le traitement du pityriasis versicolor, de l'eczéma marginatum, de l'alopecie aréolée et de la séborrhée.

Le Dr Unna conseille aussi la pommade à 5 p 100 de résorcine, contre l'eczéma séborrhéique. N. G. (*L'Union Médicale de Paris.*)

Incontinence d'urine.—(FOTHERGILL.)

℞ Liq. Atropiæ Sulph.	ʒ ss
Aq. Aneth.	ʒ iv

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

Cholera Infantum.—(PROF. SMITH DE N. Y.)

℞ Lactopeptine	ʒ j
Hydrarg. cum. creta.	gr. xv
Bismuth. subnitr.	ʒ j
Opii pulv.	gr. jss

M.—Divisez en trente prises égales.

Une prise toutes les 3 ou 4 heures.

Céphalalgie anémique.—(PROF. FOTHERGILL.)

℞ Cit. Ferri & Quin.	gr. v
Liq. strychniæ	gtt. iij
Inf. Quassiæ	ʒ j

M.—Pour une dose avant les repas.

Dyspepsie.—(Dr. O. S. ARMSTRONG, DÉTROT.)

℞ Pot. Bicarb.	ʒ jss
Tr. nucis vom.	ʒ ijss
Tr. calumbæ	ʒ jss
Elix. Calisayæ ad	ʒ iv

M.—Une cuillerée à thé après les repas.

Gonorrhée.—(LEDETSCH.)

R Quiniæ Bisulph.	1 partie
Glycerin.	25 "
Aquæ dest.	75 "

M.—Trois injections le premier jour, puis deux et finalement seulement qu'une.

Ce traitement aurait été efficace dans les cas chroniques.

(*N. Y. Med. Journal.*)

Prises toniques.

Pulvis Rhei	5 j
Sodii carb.	} aa 5 ijss
Pulv. cinchonæ cort.	

M.—Faites vingt prises égales.

Deux prises par jour, au moment des principaux repas, aux femmes atteintes de métrite, et qui sont presque toujours anémiques. Cette poudre est préférable au vin de quinquina, qui est beaucoup moins efficace, et qui, en raison de l'alcool qu'il renferme, est de nature à provoquer de la dyspepsie, lorsque les malades en font un usage prolongé.—(*N. Y. in L'Union Médicale de Paris.*)

COMMUNICATION.

La Profession Médicale.

Pardon, mon cher docteur Noir, si, en me rendant à l'invitation d'un certain nombre de confrères, je viens solliciter une place dans ton aimable et intéressant journal. Cette fois, c'est tout simplement pour dire à la profession en général et à quelques uns de ses membres en particulier, que la pratique de la médecine n'est pas un commerce ordinaire.

Dans l'exercice de la profession de médecin, on doit faire preuve de délicatesse, et d'une profonde pénétration de la noblesse de son état. La gentillesse, le bon ton, l'amabilité, et une attention réservée et délicate vis-à-vis des confrères, voilà ce que l'on attend de ceux qui

méritent et occupent les hauteurs professionnelles. L'homme bien pensant et réellement capable, laissera parler ses actes par eux-mêmes, sans chercher la notoriété en s'entourant de *trompetteurs*, ou en faisant annoncer son habilité et son bagage scientifique dans les journaux politiques. Ceci est non-seulement contraire à l'étiquette professionnelle, mais prouve que celui qui s'en rend coupable est un malhonnête homme ou un *ignâre*.

Le médecin consciencieux et capable, n'a pas besoin de faire annoncer son art et son habilité ; au contraire, sincèrement pénétré de la dignité de sa profession, il laissera les faits dire ce qu'il a fait et ce qu'il peut faire, et tachera, autant que faire se peut, d'éviter la vaine réclame. La renommée et la notoriété sont deux choses bien différentes ; la première découle du génie, et la seconde le plus souvent d'une ignorance *crasse*. L'une fait le bonheur et la récompense du médecin, l'autre est son malheur et sa perte.

Celui qui fait son devoir noblement et consciencieusement tel qu'il se présente, n'a pas besoin d'afficher ; trompettes et réclames sont pour lui malsonnantes.

Le génie brille, attire, fascine et entraîne ; c'est ce que nous voyons tous les jours, chez nos grands hommes de profession.

Nous avons ici, à Montréal et dans la Province, grand nombre de médecins capables, instruits et habiles qui font l'ornement de la société, le bonheur de leurs nombreux clients, et la gloire de la nationalité, par le seul mérite de leurs actes.

Mais, mon cher ami, dans tout chœur il y a toujours des voix discordantes, autrement il y aurait perfection ; il paraît que c'est nécessaire, au dire des harmonistes, pour faire ressortir et admirer la beauté de de l'ensemble. Quant à moi, je n'ai pas étudié bien longuement l'harmonie, mais en revanche, depuis nombre d'années j'observe et je déplore sincèrement le charlatanisme professionnel qui prend racine au milieu de nous.

Si ceux qui s'en rendent coupables, avaient l'intelligence de comprendre que ce qu'il sèment, et qui leur profite pour le moment, sera non seulement leur perte, mais un mal excessivement difficile à déraciner. La profession tout entière en souffrira.

Non seulement ils ne comprennent pas, mais au contraire, boursofflés de leur amour propre, ils vont jusqu'au point de s'attaquer *a retro*, et *in petto*, à nos sommités, qui non seulement peuvent leur rendre des points, mais qui scientifiquement et pratiquement parlant, pourraient *les écraser* comme des *punaises*.

Ce n'est pas et cela ne peut être le fait d'un médecin honnête, compétent, attentif et consciencieux d'essayer à attirer le patronage en

déblatérant contre ses confrères. La cause de tout cela réside en ce que, bien souvent, on vante le fruit avant qu'il soit mûr, ou encore on s'enthousiasme trop de la nouveauté qui nous vient de l'étranger. Réfléchissons avant d'agir, mettons *de la glace dans nos poches* si besoin il y a, et travaillons harmonieusement à tuer le *microbe* partout où nous le rencontrerons.

Merci, mon bon ami,

Au revoir,

DIEU ME GARDE.

CHRONIQUE.

Lawson Tait, l'illustre gynécologue anglais, dit que le temps que l'on dépense à apprendre l'allemand est une perte sèche. Il rapporte le fait significatif suivant : " Un très célèbre chirurgien allemand me harcelait de questions au sujet de mes succès exceptionnels en chirurgie abdominale. J'évitais autant que possible de répondre directement à ses obsessions, lorsque, poussé au pied du mur, je répliquai que *je donnais une grande attention à la propreté de mes ongles*.

Le chirurgien regarda *ses ongles* et me tourna le dos ; je ne le revis plus. Je ne sais s'il est devenu plus sage, mais il ne pouvait pas être plus furieux. Depuis, je ne vois plus de visiteurs allemands, par contre la presse médicale allemande m'honore d'attaques continuelles.

* * *

Vous voulez donc que je vous parle de ce cher petit, de ce cher projet de *bill médical*, eh bien ! tant pis, vous l'aurez voulu..... !

Et puis, ma bonne foi, il y a *bill* et bile, tout comme il y a fagot et fagot.

Ce bill-ci est un étrange phénomène ; la commission qui le portait ne voulut ni le montrer, ni en être délivrée avant dix-huit mois révolus. Que dis-je ? elle ne voulut même pas que l'on soupçonnât l'objet de son travail. Tout a été tenu dans le plus profond mystère jusqu'au moment de l'éclosion, à la dernière assemblée du *Bureau des Gouverneurs*. Et encore, ce ne fut pas sans efforts pénibles et sans tiraillements douloureux..., *tanta molis erat*...tant la masse était inerte.....

Le nouveau-né ne plut pas beaucoup à la famille, et pourtant vous savez si chacun est difficile sur le compte des siens dont le plus laid est pour nous l'idéal de la perfection. Les uns, indulgents, dirent : *il n'est pas beau* ; d'autres, plus exigeants, déclarèrent que *ce n'est pas une*

perfection ; celui-ci prétend qu'il ne ressemble pas aux autres êtres de la même classe ; celui-là ajoute qu'on aurait, sans peine, pu faire mieux. Un très grand nombre, moins délicats, moins touchés de près, s'exclamèrent : C'EST UN MONSTRE, heureusement qu'il n'est pas viable !

Viable ou non, examinons-le attentivement, et s'il est ce qu'on dit, ne nous gênons pas de rigoler un peu, suivant le conseil d'Horace :

Misce stultitiam consiliis brevem.

Mêle à la sagesse un grain de folie.

* * *

En 1879 la profession médicale de cette province était dotée de la législation qui la régit actuellement. Nous avons à peine eu le temps de la mettre en operation, qu'il est venu en la tête d'un des quarante gouverneurs, de la modifier, amender, plus que cela, de la *refondre*... oui, *refondre* est le mot. Vous avez dû en juger par vous-mêmes, si vous l'avez lu dans mon numéro d'octobre. Et pourquoi cette refonte ? Est-ce dans un but progressiste ? S'agit-il de réformes profondes, radicales dans les études de médecine ? Veut-on élever le niveau, agrandir le cadre de l'enseignement médical en cette province ? Si oui, oh ! alors j'en suis et des premiers, et vous aussi lecteurs qui avez souffert, comme moi, de l'insuffisance de nos cours de médecine..... Mais il n'en est rien, comme je le prouverai tout à l'heure. Alors pourquoi bouleverser un ordre de choses dont on n'a pas eu le temps d'apprécier la valeur ? Ah ! c'est qu'il faut changer de ficelles pour contrôler les affaires du Bureau ; les anciennes ont perdu de leur valeur ; ensuite il faut ménager de nouvelles et secrètes issues par où faire passer les prosélytes. Car on a beau porter un grand nom, avoir une belle voix ; on s'ennuie à prêcher dans le désert, ou dans une enceinte dont les murs, si beaux qu'ils soient, ne sont pas pour cela moins sourds. A quoi sert de brûler du plus beau feu, si vous n'avez personne à qui communiquer votre flamme !

Mais je vois qu'il y a plus, et tous ces prétextes, pour être valables, se sont pas les seuls qui nous attirent un changement de législation professionnelle : il y a des gens qui ne sont jamais heureux, ils aiment le changement, non pour le mieux, mais pour le simple plaisir de changer. C'est pour eux qu'il a été dit et répété : *plus ça change et plus c'est pareil*. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit de changer de *Bill* médical. Remarquez que la profession, prise en masse, n'a jamais insisté sur un changement profond ; loin de là, quelques légères modi-

fications eussent fait son bonheur, mais non celui des *bilieux* dont on a dit avec tant d'à-propos :

Leur caractère ardent, vif, fougueux, irascible,
Sent de primer autrui le besoin invincible,
Brûlant de parvenir, leur esprit magnanime
Des plus hautes faveurs cherche à gravir la cime,
Leur cœur hardi, prodigue, à l'astuce est porté,
Leur corps sec, grêle et jaune est chétif de santé.

* * *

ACTE MÉDICAL DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Section première. *Les dispositions générales* du nouvel acte sont à peu près semblables à celles de l'acte de 1879, excepté pour ce qui regarde le pouvoir d'acquérir qui s'élèvera à une valeur de 50,000 piastres au lieu de 20,000. Il n'est pas statué qu'on n'emploiera pas les revenus du *collège* à faire connaître à la profession la législation qu'on voudra lui imposer. C'est très heureux, car il n'y a pas un an, on nous a refusé cette simple satisfaction de savoir comment on se proposait de nous régenter.

COMPOSITION ET POUVOIR DU BUREAU DES GOUVERNEURS.

Le *Conseil* de la profession est composé de quarante membres élus pour trois ans, mais il pourra, par un vote des trois quarts des membres présents à une *assemblée spéciale*, réduire le nombre de ses membres : PREMIÈRE FICELLE

Vous voyez cela d'ici, un bon jour le grand tireur rêve qu'un *plus petit nombre* de gouverneurs serait moins encombrant, plus facile à contrôler ; vite une *assemblée spéciale* est convoquée, et *Eureka !* la profession est privée de dix ou quinze de ses représentants, pendant ce temps *les facultés ou écoles élisent toujours au moins un quart des membres du conseil des médecins.*

" Le Conseil des Médecins aura droit de déterminer ou de modifier le mode de voter à l'élection des gouverneurs : " DEUXIÈME FICELLE.

Heureuse, trois fois heureuse disposition, grâce à toi une aimable variété présidera au choix des gouverneurs ! On n'a que faire de s'assujettir à un mode quelconque d'élection ; on en change au caprice, quitte à tourner dans un cercle vicieux.

Allons, va ! J'aime ce changement de temps et les amateurs de *bills*—les *bilieux*—seront dans leur sphère.

* * *

" La corporation *doit* avoir deux bureaux d'affaires, l'un dans la cité

de Québec et l'autre dans la cité de Montréal, lesquels sont localisés aux bureaux mêmes des secrétaires de la dite corporation."

Deux secrétaires sont du luxe.— Un secrétaire qui n'aurait que sa besogne à expédier, remplirait mieux le cadre de ses devoirs.

Lisez—car je ne veux plus publier cette page dans la *Gazette*—l'ineffable procédure de votation que l'on nous propose, et je vous défie de trouver, où que vous cherchiez, quelque chose qui approche de ce galimatias. Je ne veux pas appeler cela une ficelle, car c'est la corde la plus grossière, le saute-nigaud le plus épais que je connaisse. Encadrez-moi ces deux pages.

Un gouverneur m'a écrit à ce sujet : "Pourquoi ne pas laisser à chaque district, le droit d'élire un représentant au bureau ?" En effet, pourquoi passer par Québec ou Montréal, pour arriver chez son voisin ?

Mais, mon cher ingénu, vous oubliez qu'il s'agit de contrôler les élections et de nous imposer les volontés d'un potentat au petit-pied, c'est pourquoi il convient que les votes passent par aussi peu de mains que possible.

Mais c'est une mine que cet acte ; voyez : "si une université ou école de médecine cessait d'enseigner la science de la médecine, elle perdrait le pouvoir de se faire représenter au conseil." T'as qu'à voir ! les morts n'ont plus droit à se faire représenter, je suis heureux de l'apprendre.

Aussi longtemps qu'une université ou école de médecine ne nomme pas de représentant, dit l'acte, le nombre des membres du conseil est diminué d'autant. Personne n'aurait pu imaginer un fait aussi complexe.

"Le conseil peut nommer des comités de discipline, comités d'élection et d'enquête et leur donner tous les pouvoirs de la cour supérieure, d'assigner et assermenter des témoins par leur président ou secrétaire, de les forcer à répondre à toute question pertinente à la plainte ou investigation, sauf que personne n'est tenu de s'incriminer ; mais tout refus de répondre peut être considéré un aveu du fait sur lequel le témoin refuse de répondre. Toute décision des dits conseils, etc., sera finale et sans appel, PAS MÊME PAR CERTIORARI."

Que ça sent l'autocrate et le knout ! Qu'en pensez vous, est-ce assez tranchant, ce petit *magister* ?

J'aurai beau m'écrier : grâce ! épargnez-moi, je suis ignorant et c'est un peu votre faute, vous avez été mes professeurs ; du reste, j'ai agi de bonne foi, laissez-moi au moins mon droit de vote, n'exigez pas de moi cette amende, vous privez ma famille qui est dans le besoin. N'allez pas flétrir un nom que je veux transmettre intact à mes enfants. *Paie et perds ton droit de vote, c'est le dernier mot*, dit le conseil.

"Alors, j'en appelle à la justice de mon pays, je suis citoyen canadien."

“ *Enfantillage que tout cela, dit le conseil ; je suis la cour suprême et tu ne peux aller plus haut.* ”

RÈGLEMENTS.

Le *Conseil* peut faire des règlements sur treize sujets principaux qu'il serait trop long d'énumérer. Pourquoi, par exemple, l'acte ne détermine-t-il pas le nombre, le mode et le lieu des examens des aspirants à l'étude et à la pratique de la médecine ? Pourquoi ne détermine-t-il pas le montant de la contribution annuelle des membres de la corporation ? Pourquoi ne fixe-t-il pas la rémunération des membres du conseil, des examinateurs et employés de la corporation ?

Pourquoi abandonner ces questions aux caprices d'un conseil omnipotent, dont les décisions sont sans appel ? N'y a-t-il pas là treize portes ouvertes aux mesquines persécutions de quelque tête jalouse, envieuse et dominatrice ?

BUREAUX D'EXAMINATEURS.

“ Le conseil nomme, à sa première assemblée régulière, quatre personnes *en dehors de la profession médicale*, engagées dans l'enseignement général, dont deux de langue anglaise et deux de langue française, pour faire subir l'examen des aspirants à l'étude de la profession ; il détermine leurs fonctions et fixe leur traitement. Les examinateurs sont nommés pour trois ans, sujets à révocation. ”

Voilà un petit couvert pour beaucoup d'abus.

Pourquoi quatre personnes en dehors de la profession médicale ? Est-ce que les médecins sont incapables d'apprécier les qualifications des aspirants à l'étude de la médecine ? Est-ce que la profession n'est pas immédiatement intéressée à se rendre compte par elle-même des connaissances préliminaires que possèdent ceux qui veulent entrer dans ses rangs ?

Pourquoi seulement deux examinateurs de langue française, tandis que nous sommes quinze français contre un anglais ?

Pourquoi les choisir dans l'enseignement général plutôt que dans l'enseignement purement classique ? Brûlez-vous toujours du désir de prendre vos examinateurs parmi MM. les professeurs des écoles normale ? Nous la connaissons celle-là, nous en avons assez goûté pour en être dégoûtés. Puisque votre examen est calqué sur le programme d'études des collèges classiques, pourquoi ne choisissez-vous pas vos examinateurs parmi les préfets d'étude de ces maisons de haute éducation ?

“ L'examen préliminaire pour l'étude, aura lieu le premier mercredi de juillet de chaque année, alternativement à Québec et à Montréal.”

La sortie des classes étant ordinairement fixée aux derniers jours de juin, ne ferait-on pas mieux de fixer la date de l'examen à l'étude, quelques semaines plus tard, au commencement d'août, par exemple, afin de permettre à l'aspirant de récapituler ses matières, ce qui l'empêchera de passer les mois de mai et juin à rêver à son examen et de négliger les devoirs de fin d'année ?

* * *

EXAMEN D'ADMISSION A LA PRATIQUE. — Bureau central d'examineurs. “Le bureau central des examinateurs, se compose de vingt médecins licenciés et enregistrés, nommés par le conseil et dont dix choisis parmi les professeurs de chacune des écoles ou facultés ; *jusqu'à ce qu'il en ait été autrement ordonné par le Conseil*, l'examen pour la pratique aura lieu le deuxième mardi d'avril, chaque année, alternativement à Québec et à Montréal.”

Voilà le nœud de la situation, il réunit et renferme toutes les ficelles : comme il n'est pas aussi inextricable que le légendaire nœud gordien, je vais essayer de le dénouer.

Le conseil, le fameux conseil, nommera dix médecins parmi les professeurs des facultés de médecine et dix non attachés à ces facultés et constituera un bureau central d'examineurs, qu'il fera *promener* à Québec et à Montréal *alternativement*. Derrière eux suivront tous les aspirants à l'examen de pratique médicale c'est-à-dire 60 à 100 jeunes gens, la plupart dépourvus de toutes ressources pécuniaires. Ne dirait-on pas, en lisant cette disposition, que les élèves sont créés et mis au monde pour courir après les examinateurs et non ceux-ci pour *aller* et faire subir l'examen aux aspirants ! N'est-ce pas là la bourde la plus monumentale que vous ayez jamais vue ?

Messieurs les bilieux, vous allez trop loin, votre amour aveugle de tout centraliser vous tuera par excès et par ridicule.

Comment, vous voulez faire subir à ce jeune homme un examen sur la médecine opératoire, sur la dissection, sur la clinique médicale, sur la chimie médicale et cela loin du champ propre à faire ressortir ses connaissances et ses capacités, à 60 lieues de la salle de dissection, de l'hôpital, du cabinet de chimie ! mais c'est d'un absurde à faire pouffer de rire le premier innocent venu ! C'est un tour d'ingénuité comme seul pouvait en inventer le gouverneur qui proposa que l'examen des élèves de McGill, de l'École de Médecine et de Bishop soit fait trois mois après la clôture de la session scolaire.

Songez donc un peu à cette douce naïveté de vouloir astreindre cent à cent cinquante élèves à attendre, trois mois durant, les appoints de dix à douze confrères dont les cours ne sont pas terminés.

Avez-vous remarqué que *c'est le Conseil qui nommera* les membres du Bureau des Examineurs. N'est-ce pas toujours et partout le même esprit de domination? A ce compte, ne ferait-on pas mieux de les tirer au sort? Le sort aveugle serait plus juste que le partial gouverneur! Mais les facultés ou écoles de médecine n'auront pas le droit de suggérer quelques noms à ce bureau! non, *le Conseil nommera*. Je vous reconnais à cette note, elle est bien caractéristique de toutes vos tendances.

* * *

Un bon point. Le nouvel acte exige quatre ans d'études suivies dans les universités ou écoles de médecine.—Ce n'est certes pas trop, je devrais dire que c'est trop peu; mais c'est un immense progrès sur le passé.

Le cours des études médicales, tel que voulu par le présent acte, sera : Anatomie générale ou descriptive,—voilà un explicatif bien à sa place, attendu que l'anatomie générale n'est qu'un pas vers l'anatomie descriptive,—anatomie pratique, chirurgie, pratique de la médecine, art obstétrique et gynécologie, chimie, — on ne dit pas s'il s'agit de chimie inorganique ou organique, ou toutes deux, ou médicale ou biologique, — matière médicale et thérapeutique générale, physiologie, pathologie générale, (quand donnera-t-on à la pathologie générale la place importante à laquelle elle a droit?) clinique médicale et chirurgicale,—un cours de jurisprudence médicale de 60 leçons, —un cours d'hygiène de trois mois,—un cours d'histologie physiologique et pathologique de trois mois,—c'est un progrès sur les 25 leçons exigées par l'ancien acte, mais qu'on remplisse donc la mesure, une bonne fois, et qu'on exige ou moins un cours de six mois d'histologie normale, et un cours final de six mois d'histologie pathologique.

Au reste je reviendrai sur le sujet des études médicales dans un prochain numéro.

* * *

Les élèves sont astreints à suivre quatre termes de six mois chacun par année dans une université ou école de médecine; SAUF AU CONSEIL DE MODIFIER CE PROGRAMME DE TEMPS À AUTRE.

Je vous le disais: la rage du changement et la soif de dominer ont inspiré cet acte médical du commencement à la fin.

Vous voulez faire un *bill*, faites-le donc carrément. Etudiez votre sujet et présentez-le aussi parfaitement élaboré que possible, donnez-lui une forme définitive, n'essayez plus de cacher les petits ressorts de vos boîtes à surprises. C'est peine perdue, votre jeu est connu, usé. Levez le masque et venez avec un programme large, capable de répondre aux généreuses aspirations de la jeunesse studieuse d'aujourd'hui. Prenez conseil des confrères qui sont allés en Europe, qui ont vu à l'œuvre les grandes facultés ; leur avis aura grand poids, grande valeur, et cessons une bonne fois de jouer au plus Normand.

* * *

Il me reste un devoir pénible à remplir : une injustice grave est sanctionnée par l'acte médical contre nos concitoyens d'origine anglaise. Il exige que les candidats protestants subissent l'examen d'admission à l'étude de la médecine sur les mêmes matières que les aspirants catholiques.

Il n'est personne qui ignore que les universités protestantes suivent un programme d'études différent de celui des collèges classiques ; alors pourquoi exiger d'eux ce que nous ne voudrions pas qu'ils exigent de nous. Comment pouvons-nous être plus exigeants que les universités anglaises telles que celles d'Oxford, Cambridge, etc., etc., qui admettent en toute valeur les diplômes de baccalauréat de l'Université McGill et autres ?

A la dernière assemblée du Bureau des Gouverneurs, M. le Dr Howard a fait entendre un langage plein de sage modération, en revendiquant pour ses concitoyens en général et la grande et belle institution qu'il représentait leur légitime part de droits. Il ne fut pas écouté, on lui tourna le dos. C'est un déni de justice qui ne fait certes pas honneur à notre nationalité.

Quelle explication a-t-on donnée pour justifier cette conduite ? Aucune..... C'était plus insultant que d'essayer de pallier, d'adoucir la situation qu'on leur faisait. On joignait le mépris du silence au mépris des droits.....

* * *

Voilà bien une heure que je converse avec vous et il me semble que je n'ai encore rien dit de ce *bill* médical. Que d'ineffabilités il me reste à *toucher* ! Citons encore celle-ci pour encombrer le plat :

“ Le Bureau central des examinateurs *peut à sa discrétion, et chaque fois qu'il le juge à propos*, accorder la licence à tout porteur de “ degrés ou diplômes en médecine de toute université étrangère, sans

“ qu'il ait été admis à l'étude de la médecine dans cette province, sans prouver qu'il a suivi des cours publics, tels qu'énoncé en l'art. 28 et sans subir l'examen, *pourvu qu'il soit de bonnes mœurs et majeur.*”

“ De bonnes mœurs et majeur, ” peut-on être plus bénin et moins exigeant? Qui ne peut se procurer un certificat de bonnes mœurs et qui n'est pas majeur ou disposé à le devenir? En voilà des qualifications! Voyons une des conséquences de cette clause à *protégés*. Un jeune homme, convaincu de son incapacité, ne se présente pas aux examens du brevet, ou, s'il l'ose, il y subit un ou plusieurs échecs; sans se décourager, il étudie quand même la médecine et parvient à obtenir un *diplôme étranger*. Il se présente devant notre bureau où il n'a qu'à montrer un certificat de moralité et prouver ses 21 ans; alors, comme par enchantement, notre *bloqué* aura sa place sous le soleil de la licence provinciale! Quelle absurdité!

Non, ce que le praticien en cette province a droit d'avoir, c'est une protection efficace contre tout aventurier, d'où qu'il vienne, quelque nom qu'il porte.

Pourquoi laisser aux abus une porte ouverte?

* * *

Vous m'interpelez en disant: comment se fait-il que le Bureau des Gouverneurs aient adopté un projet de *bill* aussi farci d'énormités? Ma réponse est dans la conversation suivante que j'eus avec l'un des gouverneurs les plus estimés de la province, à son retour de la dernière assemblée du Bureau.

Moi.—Eh bien, mon cher gouverneur, quelles nouvelles apportez-vous de l'assemblée de Québec?

Lui.—Rien d'étrange.

Moi.—Qu'avez-vous fait du projet de *bill*...?

Lui.—Avalé tout rond!

Moi.—Alors, c'est une indigestion qui se prépare?

Lui.—Pas autre chose.

Moi.—Vous avez voté pour la création d'un bureau central d'examineurs qui promènera les aspirants de Québec à Montréal et de Montréal à Québec! Vous voulez que l'on soumette les étudiants à l'épreuve loin du champ d'observation, loin de l'hôpital, loin de la salle de dissection, loin du cabinet de chimie! Il y a plus, le Bureau a voté la résolution du Dr Marsil qui veut que l'examen ait lieu au mois de juillet,—c'est-à-dire *trois mois après la clôture des cours* du McGill, de l'Ecole de Médecine et du Bishop! Et cela pour l'amour d'une douzaine de confrères de Laval dont les cours ne sont pas terminés!

Depuis quand les élèves existent-ils pour les examinateurs et non ceux-ci pour faire subir l'examen ?

Lui.—Je t'assure, mon cher docteur, que le projet a été *poussé en quelques heures* ; comme on faisait fi de toutes les objections, mes amis et moi, nous nous sommes dit que toute discussion était inutile et que ce projet ne sera jamais adopté par la Législature de Québec.

Moi.—Et la question des qualifications requises pour l'admission à l'étude, êtes-vous satisfait de la clause qui veut simplement d'une éducation LIBÉRALE et classique ? Est-ce que ce mot libéral ne masque pas une porte d'entrée pour les rebuts de collèges, les déclassés qui ont une éducation *libérale* dans le sens du projet de *bill* ? Pourquoi ne pas dire simplement *classique*, si c'est là ce qu'on veut dire ?

Lui.—On verra à cela devant la Législature. Au reste, ce *bill* est l'œuvre d'un ou de deux individus qui veulent contrôler l'éducation médicale en cette province. On leur a laissé la satisfaction passagère d'un succès d'occasion.

Il n'est pas un médecin animé d'un esprit d'impartialité et de justice qui voudrait signer ce projet de *bill*.

LE DR NOIR.

(*A continuer.*)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'électricité,

comme agent thérapeutique en gynécologie par le Dr Paul F. Mundé, professeur de gynécologie à la polyclinique de New-York, traduit par le Dr P. Ménière, professeur libre de gynécologie et rédacteur en chef de la *Gazette de Gynécologie*, Paris, chez O. Doin, éditeur, 8 Place de l'Odéon, 1888. Montréal, Cadieux et Dérome, libraires, 75cts.

P. F. Mundé et P. Ménière, tous deux professeurs de gynécologie et rédacteurs en chef de journaux de gynécologie sont évidemment heureux de se rencontrer sur un terrain commun jusqu'ici peu connu et vraiment trop négligé : l'électrothérapie gynécologique.

Nous avons déjà signalé à nos lecteurs la publication d'un opuscule sur le même sujet par le Dr Georges Apostoli.

L'œuvre de MM. Mundé et Ménière ne sera pas moins bienvenue par les médecins praticiens désireux de se tenir au courant des progrès réalisés en gynécologie.

L'ouvrage se compose de deux parties.

La première consiste en généralités historiques des applications de l'électrothérapie à la gynécologie et à l'obstétrique, description des appareils galvaniques et faradiques les plus usuels, et leur mode d'emploi.

La deuxième partie s'occupe des indications et des contre-indications thérapeutiques de l'électricité.

Au reste voici les conclusions de cet opuscule dont je ne veux pas priver mes lecteurs :

1^o. L'électrisation localisée est un moyen de grande valeur ; elle devrait être beaucoup plus répandue qu'elle ne l'est actuellement.

2^o Il n'est pas besoin de connaissances approfondies ni de l'expérience spéciale qu'ont les électrologistes pour employer cet agent avec sécurité et avantage, dans la pratique gynécologique.

3^o Cet agent thérapeutique employé à propos et sur des indications correctes ne peut être dangereux.

4^o Il ne doit être appliqué que dans les affections chroniques, et lorsqu'on se sert du courant galvanique, il ne doit produire aucune douleur.

5^o Les cas dans lesquels le courant faradique est indiqué sont ceux dans lesquels prédomine l'insuffisance du développement ou le manque de tonicité des organes sexuels ; tel que développement imparfait de l'utérus et des ovaires ; superinvolution, subinvolution, aménorrhée, déplacements utérins, fibrômes interstitiels. Le courant faradique, par ses propriétés stimulantes et les contractions musculaires qu'il provoque, augmente l'activité nutritive et la vitalité des organes.

6^o Le courant galvanique, au contraire, sera employé lorsqu'on voudra provoquer la résorption des produits adventifs résultant d'inflammations antérieures, lorsqu'on cherchera à atténuer les douleurs, que l'on voudra favoriser la restauration organique et quelquefois comme caustique. Le courant galvanique subitement interrompu excite aussi les contractions musculaires.

7^o La persévérance dans le traitement est une condition essentielle du succès.

8^o Les plegmasies aiguës et subaiguës contre-indiquent généralement le traitement local par l'électricité.

9^o Les conditions pathologiques dans lesquelles l'électricité manifeste son action sont celles dans lesquelles les autres traitements ont été employés sans succès, ou n'ont pu être supportés par les malades.

10^o Dans les affections organiques, la guérison permanente, ou le retour absolu à l'état normal peut ne pas être complètement obtenu par l'électricité, mais la douleur est considérablement soulagée. On a des améliorations temporaires, et ces heureux résultats sont obtenus

sans que les malades encourent aucun danger et sans que le traitement provoque de douleur.

Mes félicitations au Dr P. Ménière, pour avoir fait connaître en France l'œuvre de Mundé, et mes sincères remerciements pour l'envoi de deux exemplaires de ce très intéressant mémoire.

B.

NECROLOGIE.

A l'Hôtel-Dieu, le 26 du courant, M. le Dr G. O. Beaudry, professeur de physiologie et de pathologie générale à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, succombait à l'âge de 36 ans, après trois semaines de maladie.

Les résolutions suivantes, adoptées en séance extraordinaire, indiquent, mieux que nous ne pourrions le faire, la valeur des services rendus par le Dr Beaudry, et la grandeur du vide que sa mort laisse dans les rangs de l'École de médecine.

Montréal, 26 novembre 1887.

A une assemblée spéciale de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, tenue dans cette ville, les résolutions suivantes ont été adoptées à l'unanimité :

L'École désire exprimer sa profonde douleur pour la grande perte qu'elle vient de faire dans la personne du Dr G. O. Beaudry, Professeur de Physiologie depuis dix ans, chaire qu'il a remplie si dignement comme successeur du regretté feu le Dr Pelletier.

L'École veut en même temps rendre témoignage à l'érudition, la science et le dévouement du regretté défunt qui a rendu tant de services à l'institution et dont la mort laisse un grand vide dans ses rangs.

Il est résolu d'envoyer copie de ces résolutions à la famille et à la presse.

Pour copie conforme,

L. D. MIGNAULT, A. B. M. D. C. M.,

Secrétaire E. M. C. M.

Le 29 septembre dernier, est mort, à l'âge de 77 ans, le Professeur Bernhead von Langenbeck, surnommé le *nestor de la chirurgie allemande*, l'ornement de l'État et de l'Université, où des milliers d'élèves ont reçu de lui l'instruction médicale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE MENSUEL.

Bibliothèque de l'Etudiant et du Praticien.

- DUJARDIN-BEAUMETZ.—Les nouvelles médications, 2^e édition, (1886);
 1 vol. in-8. \$1.50
- GUBLER A.—Cours de thérapeutique ; 1 vol. in-8. \$2.25
- HAYEM G.—Leçons de thérapeutique. Les grandes médications ;
 1 vol. grand in-8. (1887). \$2.00
- RABUTEAU A.—Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmaco-
 logie, 4^e édition avec 58 figures dans le texte ; 1 vol. gros in-8.
 \$4.75
- RODET P.—Manuel de thérapeutique et de pharmacologie (1884) ;
 1 vol. in-12. \$1.88
- DUJARDIN-BEAUMETZ.—Leçons de clinique thérapeutique profes-
 sées à l'hôpital St-Antoine ; 3 vols. in-8 (1884). \$12.00
- JACCOUD S.—Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la
 Charité ; 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75
- JACCOUD S.—Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière : 1 vol. in-8 avec figures et planches. \$3.75
- PETER Michel.—Leçons de clinique médicale, 3^e édition, 2 vols
 in-8 rel. toile. \$7.50
- PICOT J. J.—Leçons de clinique médicale ; 1 vol. in-8. \$2.25
- ROBIN Albert.—Leçons de clinique et de thérapeutique médicale ;
 1 vol. in-8, (1887). \$2.00
- TROUSSEAU A. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris ;
 3 vols. in-8. \$8.00
- CORRE A.—Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale,
 (1885) ; 1 vol. in-12 rel. toile avec 80 figures. \$1.50
- LUSK W. T.—Science et art des accouchements ; 1 vol. in-8, dernière
 édition. \$4.00
- ENGEL R.—Nouveaux éléments de chimie médicale ; 1 vol. in-12.
 \$2.00
- LUTAUD A.—Manuel de médecine légale : 1 fort vol. in-12, rel.
 toile, (1886). \$2.13
- FARABEUF L. H.—Précis de manuel opératoire, ligatures, amputa-
 tions, avec 446 figures dans le texte ; 1 vol. in-12. \$3.75
- GUÉRIN A.—Éléments de chirurgie opératoire ou traité pratique des
 opérations, avec 315 figures dans le texte ; 1 vol. in-12. \$1.88
- MM. Cadieux et Derome, libraires à Montréal, se sont procurés
 tous les ouvrages qui paraissent dans notre *Bulletin Bibliographique*
 mensuel.