

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure. | | |
| <input type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | |

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue Médico-Chirurgicale paraissant tous les mois

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPELLE.

Vol. VII.

JANVIER, 1878.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

L'usage de la viande n'est pas nécessaire à l'homme
et lui est plus nuisible qu'utile.

*Thèse lue devant la Société Médicale de Montréal, le 12 juin
1877, par le Dr. L. J. P. Desrosiers.*

(Suite.)

En recherchant la diète constitutionnelle de l'homme, deux systèmes d'alimentation, tous deux capables de soutenir la vie, se présentent à notre choix, la diète animale et la diète végétale. L'homme a-t-il été créé pour vivre exclusivement sur l'une d'elles ? S'il en est ainsi, sur laquelle ? Ou, est-ce qu'une diète mixte est mieux calculée pour développer tous ces pouvoirs ? Dans ce cas, dans quelle proportion doit-elle être mêlée ?

Voilà messieurs de bien graves questions auxquelles un appétit naturel pourrait répondre facilement, mais dont nos appétits pervers nous forcent à trouver ailleurs la solution.

Heureusement que la nature proclame ses vérités de plus d'une manière; en sorte que, quoique l'appétit naturel, son meilleur guide, soit généralement perverti, cependant elle n'a pas laissé l'ombre d'un doute sur la solution de cette importante question.

Quelles sont donc les influences respectives sur l'âme et le corps, par conséquent sur le bonheur humain, d'une diète exclusivement animale, ou d'une autre exclusivement végétale? Et que penser d'une diète mêlée dans diverses proportions. En un mot que devons-nous manger afin d'obtenir la plus grande somme possible de jouissances et de perfections humaines. Quoique personne ne réclame une diète exclusivement animale pour l'homme, cependant ses effets constitutionnels et généraux sur l'économie animale et mentale montreront, par approximation, si la diète mixte est la meilleure et si oui, dans quelle proportion la viande doit y entrer. Quels sont donc les effets constitutionnels de la nourriture animale et végétale.

Un principe fondamental de diète.

Nous savons que certaines espèces d'animaux font leurs délices de certaines espèces de nourriture et d'autres, d'autres espèces. Mais pourquoi? La nature ne fait jamais rien en vain. Une raison, une fin, doit caractériser toute ses opérations. Quel but cherche-t-elle à atteindre en diversifiant ainsi la diète du règne animal entier? Evidemment la nutrition la plus parfaite pour tous et pour chacun. Cette conclusion est conforme à cette adaptation et à cette appropriation dont toute la nature a besoin et qu'elle possède. Est-ce que la nature observerait cette adaptation dans tout le reste de ses ouvrages, et cependant manquerait d'adapter la diète naturelle du lion, du tigre, du requin, du cheval, du porc, de l'écureuil et de tous les autres animaux au soutien de leur constitution naturelle? L'herbe des champs nourrirait-elle les facultés physiques et mentales de l'hyène, de l'aigle et de la baleine, ou la chair suffirait-elle au mouton et au bœuf? La chair des animaux n'est-elle pas adaptée pour soutenir la nature des animaux carnivores, l'herbe celle des herbivores, les noix celle des rongeurs, les insectes et le grain, celle des volatiles. Autrement pourquoi auraient-ils des aptitudes respectives pour leur diète naturelle? Quelle plus forte preuve pourrait-on donner que la nourriture naturelle de tous les animaux est constitutionnelle-

ment calculée pour nourrir leur caractère respectif, mental et physique, que celle fournie par cette loi de l'adaptation. Développer davantage un principe si évident dont la vérité est garantie par l'économie universelle de la nature est bien superflu, cependant, comme il constitue un guide diététique universel, tout doute sur son exactitude doit être détruit.

Si l'on a besoin d'une preuve additionnelle, pour prouver cette loi fondamentale, que la diète naturelle de tous les animaux est constitutionnellement adaptée pour nourrir les qualités respectives de ces animaux, on la trouvera dans le fait que la nourriture de tous les animaux porte une ressemblance étroite à la nature de celui qui l'absorbe. Ainsi les animaux agiles vivent d'une nourriture agile, comme le chat sur la souris, le tigre et le lion sur l'antilope. Les animaux de haute taille, comme la giraffe, le mastodonte vivent de ce qui croît haut, et les animaux massifs de ce qui croît sur la terre. Les poissons vivent de ce qui nage et l'hirondelle des insectes qui volent, tandis que les oiseaux qui volent moins, se nourrissent de vers et de graines, jusqu'à ce que nous arrivions à nos oiseaux de basse-cour qui volent peu, et vivent principalement de ce qui ne vole pas. La diète naturelle du porc est principalement les racines, un grossier animal se nourrissant d'une nourriture grossière. Les animaux forts comme le mastodonte, le renne, l'éléphant, l'élan, se nourrissent beaucoup de l'extrémité des branches d'arbres, à peu près la plus ferme de toutes les nourritures absorbées, tandis que les chevaux et les bestiaux aiment le foin qui est fibreux et dur comme ses consommateurs sont durs et musculaires. Le requin, le plus fort et le plus agile des poissons de sa taille se nourrit de poissons qui l'approchent en force et en vitesse. Les singes, sans contredit, les animaux de l'ordre le plus élevé après l'homme, se nourrissent de fruits, de noix, évidemment de l'ordre le plus élevé des végétaux, excepté les grains et la première classe de fruits réservés pour l'homme. La nutrition des noix aussi est très concentrée et leur structure très dense.

Quoique d'apparentes exceptions puissent peut-être être citées, cependant la loi générale est parfaitement claire: qu'il y a quelque chose dans la diète naturelle de tout être mangeant de particulièrement adapté pour soutenir les caractères particuliers physiques et intellectuels de son consommateur.

Il serait possible de fortifier cette proposition par un nombre illimité d'évidentes démonstrations. Qui pourrait douter que ce ne soit un moyen simple et cependant efficace par lequel la nature développe la physiologie et les qualités mentales de tout animal mangeant.

Ce principe fondamental de la diète constitue une réponse infaillible à cette question importante. " Que devons-nous manger? Quelle espèce de nourriture développera les pouvoirs particuliers de notre corps et de notre âme. Puisque la nourriture naturelle du tigre est constitutionnellement adaptée pour développer le caractère du tigre, et celle du mouton les dispositions du mouton et ainsi de tous les autres animaux, conséquemment l'homme n'a seulement qu'à vivre sur la diète naturelle du tigre, du cheval ou du singe pour développer chez lui, dans un degré beaucoup plus élevé, les facultés particulières qui prédominent dans ces animaux respectifs. Voici la loi diététique fondamentale de la nature et le grand guide diététique de l'homme aussi clair, aussi infaillible que Dieu pouvait le faire. Procédons à ses applications plus détaillées.

La nourriture animale développe les penchants féroces.

Que l'effet constitutionnel de la nourriture animale soit d'exciter les penchants animaux plus, relativement, que les sentiments moraux et l'intelligence, voilà un fait établi par l'histoire naturelle de tout le règne animal et par l'expérience universelle du genre humain, soit en masse, soit individuellement. Comme la diète naturelle de tous les animaux est constitutionnellement calculée pour développer leurs natures respectives et comme les traits distinctifs de tous les animaux carnivores est la rapacité et la férocité, conséquemment la nourriture animale, mangée par l'homme développera naturellement et nécessairement en lui une rapacité féroce, tandis qu'une diète végétale est constitutionnellement adaptée pour développer la docilité et la bonté. Pour nier ce résultat, il faudrait nier la loi sur laquelle il est basé, que la diète naturelle de tous les animaux est constitutionnellement adaptée pour soutenir les particularités de leurs natures respectives.

Pesons bien cette proposition et voyons si elle ne renferme pas une ordonnance de la nature, sondons sa logique, scrutons sa portée et son harmonie avec les adaptations de la nature, et voyons si le principe qu'elle contient exprime ou n'exprime pas une loi diététique.

Si elle ne l'exprime pas, alors notre conclusion pourra être fausse. Mais si le principe est vrai, et il est vrai puisque toute la nature en porte témoignage, si dis-je ce principe est vrai, alors cette conséquence nécessaire que la nourriture animale développe le penchant au combat et à la destruction est une ordonnance de la nature; de manière que l'homme ne peut pas manger de la viande sans développer chez lui un penchant à

la férocité. L'appétit perverti peut réclamer contre cette conclusion, mais la nature n'écouterait pas de semblables réclames et exécuterait rigoureusement ses inflexibles décrets; et l'homme assure ses propres intérêts lorsqu'il se conforme à ses ordonnances.

Cette doctrine que la chair des animaux excite constitutionnellement à la férocité se confirme encore davantage par la nécessité même de se procurer la nourriture. L'existence même des animaux féroces dépend de cette férocité qui doit exister en eux. Sans elle, leurs dents aiguës, leurs griffes recourbées et leurs muscles puissants, tous adaptés pour saisir et détruire leur proie, seraient aussi inutiles qu'une épée entre les mains d'un poltron. Que pourrait faire un agneau avec des dents aiguës et des griffes? Est-ce que la nature créerait ces instruments de mort sans créer aussi l'instinct destructeur qui les accompagne. L'instinct destructeur et la diète animale sont des compagnons aussi universels que le feu et la chaleur; autrement la nature ne serait pas adaptée à elle-même; on ne peut en séparer un sans détruire les deux.

Cette concomitance de la férocité et de la diète charnelle n'est pas prouvée seulement par cette adaptation, elle est encore établie par les faits. Combien sont effroyables les rugissements du lion affamé? Combien est terrible l'horrible gueule du tigre en fureur? Seulement l'expression de leur terrible instinct. Vous les provoquez à votre péril. Peut-il y avoir un doute raisonnable que le sang chaud et la chair crue ne soient constitutionnellement adaptés pour favoriser l'animalité. Cette concomitance ne porte-t-elle pas sa preuve à sa face même. Conséquemment la nourriture animale favorise les penchants animaux.

Maintenant voici des faits, ces piliers inflexibles des premiers principes. Prenez un chien à peu près moyen pour la méchanceté, et nourrissez-le quelques mois ou quelques années de végétaux seulement, et vous augmentez sa docilité; mais nourrissez-le exclusivement de viande crue et il devient féroce et dangereux, sa destructivité étant enflammée, par la diète charnelle, mais apaisée par la diète végétale. De là la férocité connue des chiens de bouchers. Les abattoirs sont souvent laissés avec les deux portes ouvertes pour aérer la viande, cependant les voleurs sont tenus à distance aussi sûrement que si un tigre déchaîné gardait les lieux. La férocité du chien nourri de sang est proverbiale. Il n'en est pas ainsi pour ceux qui sont nourris aux végétaux. Pourquoi cette différence connue? nos principes y répondent.

Mais un tigre pris jeune à Boston et nourri d'une diète fari-

nacée devint si doux qu'il fut laissé libre dans la maison et mangeant sa nourriture dans la main, même quand il fut devenu gros. Cet adoucissement du tigre, le plus féroce des animaux, par le moyen d'une diète végétale n'est pas plus extraordinaire que le fait d'augmenter la féroce du chien par la nourriture animale, ce que nous pouvons expérimenter nous-mêmes tous les jours. Chacun est la contrepartie de l'autre et de la grande loi diététique que nous signalons.

Mangeurs de viande en opposition avec les mangeurs de végétaux.

Etant admis, dira l'un, que la nourriture animale stimule les penchants animaux plus que la végétale, cependant ceci est-il vrai de l'homme? Aussi vrai que des animaux. Les anciens, en exerçant leurs gladiateurs publics pour l'arène sanguinaire, dans laquelle la force et la féroce étaient principalement requises, les nourrissaient principalement de chair crue, et on est encore étonné de l'infenale brutalité développée par ce moyen. Diverses expériences leur avaient appris qu'il y avait quelque chose dans la nourriture du lion et du tigre qui allumait dans l'homme une féroce semblable à celle qui prédomine dans ces bêtes de proie.

Cette expérience des anciens pourrait sembler trop restreinte pour notre croyance si elle n'avait pas été faite, dans chaque modification, des milliers et des milliers de fois, depuis les premiers âges de l'humanité jusqu'à nos jours.

Les Grecs et les Romains mangeaient de la viande en abondance et la terreur de leurs armes attestent une féroce correspondante dans leur tempérament. Les anciens généralement vivaient d'une nourriture animale et conséquemment étaient extrêmement guerriers. Une différence semblable entre ceux qui habitent les latitudes moyennes et septentrionales, ou l'on mange de la viande en abondance avec les habitants des tropiques qui mangent peu de viande conduisent à des conclusions semblables.

Mais il n'est pas nécessaire d'aller dans d'autres climats et d'autres temps chercher la confirmation de notre doctrine: que la nourriture animale excite les penchants animaux et surtout la destructivité. Les sauvages généralement vivent de viande; de là en partie leurs dispositions sauvages. Le sauvage belliqueux vit principalement de chasse et conserve une vengeance éternelle. Voyez l'enfoncer ses dents dans la chair vivante de son ennemi captif et comme le tigre, suçant le sang chaud s'écrier dans sa joie: c'est le meilleur morceau que j'aie jamais goûté. Entendez le crier de joie autour de ses victimes sans défense et voyez-le les conduire par des tortures lentes à une mort hor-

rible. La vengeance est la nourriture de l'âme lorsque la chair est la nourriture du corps. La férocité du sauvage est le produit naturel de la nourriture animale. Jetez un coup d'œil sur les nations mangeuses de viande. "John Bull et Roast Beef ne portent-ils pas un rapport de cause à effet avec cette valeur guerrière sur le champ de bataille et cette arrogance dont ils portent le cachet dans la vie privée. Voyez au contraire les nations qui se nourrissent de végétaux ; les Hindous ne mangent pas de viande et n'aiment pas la guerre ; les Chinois n'en mangent que très-peu et sont des soldats inférieurs. De là leur nombre sans précédent. Faites contraster l'aimable Japonais qui évite la viande et qui considère avec raison la destruction des animaux comme un péché, avec le nouveau Zélandais cannibale, qui ne mange que de la viande et même sa propre race. Le fait n'est pas moins remarquable par lui-même que conforme à nos principes, que toutes les nations sauvages sont mangeuses de viandes et que les plus féroces sont celles qui se nourrissent le plus exclusivement de chair, tandis que toute nation docile, bien disposée, pacifique vit d'une nourriture farineuse.

Mais on objectera ceci : N'est-il pas vrai que la viande donne de la force et de la vigueur ? Oui elle donne de la force brutale, mais de cette force, l'homme en a relativement beaucoup trop déjà.

Voudriez-vous, objecte-t-on encore qu'en nous abstenant de la viande nous devenions pusillanimes comme les Hindous. Mais est-ce que l'Indien et le Lapon sont donc si forts. Qu'ont-ils jamais accompli, quels triomphes ont ils jamais remporté que celui du couteau à scalper et de la hache. Si la viande seule donne de la force, un indien devrait valoir deux visages pâles, tandis qu'au contraire un homme blanc vaut dix visages rouges. L'homme blanc mange moins de viande et cependant, malgré beaucoup de désavantages, il a reculé et recule encore le Sauvage jusqu'au point d'en exterminer la race. Et puis, est-ce que le caractère de l'indien est si désirable ? N'est-il pas plutôt détestable comme celui de tous les mangeurs de viande ? Est-ce que les Néo-Zélandais sont si forts, au moins pour le bien ? Et est-ce que les Chinois sont si pusillanimes, excepté en guerre ? Si la Chine n'est pas forte à la boucherie, manque-t-elle d'aucun élément essentiel d'énergie ? Voyez leur commerce, leurs canaux, leurs produits : les appeler impuissants, c'est là méconnaître la valeur des mots. Otez-leur ces entraves de l'antiquité qui tient leurs mains et leurs pieds enchaînés aux âges passés et bientôt elle rivalisera avec les nations occidentales en énergie et en arts productifs. Ou bien, enchaînez-nous avec des préjugés de plus de trois mille ans, et voyons combien chaque

espèce d'entreprise publique et privée sera tenue stationnaire. Ou bien encore nourrissez la Chine de viande, et sans aucun doute vous détruisez son élément vital. Vous pourriez en effet, rendre la masse trop turbulente pour se soumettre à l'autorité engendrer des animosités privées, et fomenter de rébellions publiques et changer ainsi leur gouvernement et leurs lois et promouvoir finalement l'énergie, mais un semblable effet sera toujours momentané et non légitime. La turbulence de nos ancêtres, encouragée par l'usage de la viande a changé tellement les gouvernements et les institutions de l'antiquité qu'elle a substitué finalement ceux d'aujourd'hui au gouvernement des Druides si étroit et si restrictif, et nous devons notre énergie à ces changements de gouvernements et non à la viande.

Admettons donc que la viande donne de la force. Quelle sorte de force donne-t-elle? Une force analogue à celle du tigre et du loup, une force pour l'audace et le meurtre plutôt que pour le travail. Est-ce que le lion accomplit beaucoup plus que le cheval. Est-ce que le bœuf sauvage est si poltron et si faible. Est-ce que les plus forts et les plus agiles des animaux ne vivent pas de végétaux. Le cerf, l'antilope et la gazelle se nourrissent d'herbages et cependant ils distancent tous les animaux carnivores à chasse ouverte. Quel carnivore est plus souple et plus vif que la gazelle et le chamois? Puisque les plus alertes et les plus forts des animaux ne mangent pas de viande, est-ce que l'homme doit en manger sous peine d'être faible et indolent. Et pour appliquer ce principe directement à l'homme: est-ce que le montagnard écossais est si paresseux, lui qui est élevé à la farine d'avoine et qui ne mange de viande qu'à peine à chaque lune? L'Irlandais nourri de patates est-il si faible? Nos mangeurs de bœuf peuvent-ils creuser ou porter plus. Es-ayez les, avocats de la viande. Le Chinois nourri de riz surpassera John Bull ou oncle Sam ou le meilleur *Kennough*, excepté à verser le sang. Mais si la constitution de l'homme demandait de la viande, ceux qui accompliraient cette ordonnance de leur nature surpasseraient de beaucoup ceux qui ne s'y soumettent pas, tandis que les faits prouvent le contraire et établissent qu'une diète de viande n'est pas nécessaire pour donner de la force.

Je ne prétends pas que la nourriture animale ne développe pas les forces: les carnivores sont des animaux forts, mais les herbivores sont encore plus forts sans avoir leurs penchants vicieux. Ainsi, puisque la viande développe les mauvais penchants, puisqu'elle abrutit et déprave et fait ainsi un dommage positif, sans produire aucun bien nécessaire, pourquoi nous faire tort par son usage?—(à continuer.)

Communication.

DÉSARTICULATION DE LA HANCHE, A LAMBEAU UNIQUE ET POSTÉRIEUR.

Monsieur le Rédacteur,

Je reconnais, sans discussion que le titre de ma communication est impropre puisque j'entends vous entretenir d'une opération sérieuse dont le but est de séparer la jambe du tronc en faisant, outre les lambeaux, une section de la membrane capsulaire et du ligament "teres" de l'articulation fémorale. Vu que cette expression a reçu la sanction de sommités chirurgicales, je la respecterai jusqu'à ce que les grands maîtres l'aient remplacée par un terme plus exact et plus heureux. Les anglais et les américains disent: "Amputation of the hip-joint." c'est encore moins heureux. C'est abuser étrangement de la signification des mots que de vouloir établir de la synonymie entre les termes "amputation et désarticulation."

Cette opération a été si souvent suivie d'insuccès, comparativement au nombre de fois qu'elle a été pratiquée, que des chirurgiens sérieux opinent froidement qu'elle devrait être abandonnée.

Question grave! j'oserais même dire douloureuse!! Car il répugne souverainement au cœur du médecin de se condamner à l'inaction en présence d'accidents qui vont produire la mort sous des circonstances bien navrantes.

Le cas suivant dont je viens vous faire l'histoire et le procédé auquel j'ai eu recours sont de nature, je pense, à relever l'espérance de la science et le courage de l'opérateur.

Accident.—C'était vers les cinq heures du soir, le 3 Mars 1866 que l'enfant de M. A. C.....de St. Eustache, eut la cuisse droite horriblement mutilée par une roue de "moulin à battre."

Environ une heure plus tard, mon ami le Dr. Mignault, de St. Augustin, se trouvait avec moi auprès de ce jeune et infortuné malade.

Cet enfant n'est âgé que de six ans et demi; assez bien développé, mais d'une constitution délicate lymphatico nerveuse.

Blessure.—Toute la partie antérieure de la cuisse droite a été arrachée de dehors en dedans et ne tient plus à la partie interne du membre que par la peau et quelques fibres musculai-

res depuis le pubis jusqu'à deux pouces et demi à trois pouces au-dessus du genou. De ce point, la solution de continuité s'étend en décrivant un demi cercle au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale jusqu'au delà du grand trochantère en suivant la face externe et moyenné de la cuisse, puis descend au voisinage du *scrotum* en suivant le pli de l'aîne. La face antérieure du fémur est littéralement dénudée et cet os est fracturé transversalement à trois pouces au-dessus du genoux. L'artère fémorale a été épargnée; ses pulsations sont manifestes à la surface renversée de ce lambeau mutilé. Sans cet heureux incident il est inutile d'observer qu'une hémorrhagie prompte et fatale eut emporté le malade. Quoique la blessure soit large et profonde la perte de sang n'est pas en raison directe de la mutilation. Notre malade est encore fort et nullement abattu. Il paraît même quelque peu inconscient des dangers dont il est menacé.

Après l'examen sérieux et minutieux de la blessure, une question épincuse se présentait naturellement à l'esprit: "Qu'y avait-il à faire?"

Ce problème me parut grave par son importance et par la responsabilité qu'il nous imposait à mon confrère et à moi. Mais la vie du malade..... telle était la solution qu'il fallait trouver, et qu'il fallait trouver bien loin de l'amphithéâtre de l'hôpital.

Les circonstances au reste, étaient bien défavorables: le malade bien jeune; que deux médecins, l'opérateur et un seul assistant; des aides complètement étrangers à la profession et sur lesquels il était difficile de compter; l'heure avancée de la soirée et une opération de cette gravité à faire à la lumière d'une lampe; telle était notre situation.

Tout retard me parut condamnable tant le danger était grand. Il est des moments solennels qui font époque dans la carrière du médecin.

Comme j'ai toujours jugé comme un crime contre la science et un acte de lâcheté honteuse de laisser périr un malade plutôt que mettre en cause ma réputation, je me décidai bien vite et bien résolument à tenter un dernier et suprême effort pour sauver les jours de cet infortuné enfant. Mais qu'en devien-dra-t-il presque sans fortune et une jambe de moins? Cette hypothèse n'étant pas de mon domaine, je n'avais pas à m'en occuper.

Une fois la nécessité de l'opération établie, il fallait choisir le mode d'opération: "ou *amputer* ou *désarticuler*." J'ai déjà laissé comprendre ce que j'entendais par les termes amputation et désarticulation appliqués au cas actuel. je n'y reviendrai pas.

Je décidai de désarticuler.

Je repoussai l'idée d'amputation pour les raisons que voici :

Le fémur étant dénudé, comme je l'ai dit, la solution de continuité suivant exactement le pli de l'aîne depuis au-delà du grand trochanter jusque près du scrotum, il m'aurait donc fallu scier cet os bien obliquement et dans sa partie la plus spongieuse.

Première objection.

Je pensai que cette portion *économisée* du fémur taillée en pointe et mise en mouvement par tous les muscles qui s'y attachent, jouerait le rôle peu désirable d'un corps étranger qui finirait par déterminer des accidents incontrôlables.

Seconde objection.

Avec un fémur scié de cette façon, pourrais-je espérer que le lambeau périostique se développerait assez promptement pour sauvegarder contre tout accident de ce côté. Je ne le crus pas.

Je décidai donc de désarticuler.

Mon petit malade m'a offert cette résistance au chloroforme que j'ai déjà rencontrée chez quelques patients, et ce n'est qu'à la seconde tentative que je réussis à l'anesthésier, et légèrement encore.

Opération.—Je disséquai de bas en haut en suivant le fémur depuis le pli de l'aîne jusqu'à la membrane capsulaire qui, avec le ligament, retiennent la tête de cet os dans la cavité de l'acétabulum. Je divisai toute la partie antérieure de cette membrane ainsi que le ligament. Puis saisissant un long bistouri je coupai, à l'extrémité interne du pli de l'aîne, le bord renversé du lambeau fait accidentellement, jusqu'à une profondeur atteignant les adducteurs. Enfin passant le bistouri derrière la tête du fémur je fis un lambeau postérieur.

Pendant l'opération le Dr. Mignault comprimait l'artère femorale sur le pubis, et quelques aides maintenaient les membres et le corps de manière à empêcher tout mouvement désordonné.

Le malade, je le répète, n'étant que légèrement anesthésié, ressentit vivement le choc de l'opération et s'évanouit. Des ablutions d'eau froide, administrées quelque peu violemment sur la figure et la poitrine, réveillèrent la sensibilité. La respiration se rétablit; le cœur reprit son action; le pouls reparut au poignet; les lèvres se colorèrent légèrement: la vie était ranimée.

L'hémorrhagie ne fut pas abondante. Je ne ligaturai que l'artère femorale. Aucun autre vaisseau ne saigna suffisamment pour nécessiter une ligature.

Après avoir épongé et nettoyé le lambeau, comme il con-

vient, je le réunis à la peau de l'abdomen par plusieurs points de suture. Je le comprimai suffisamment pour produire sa juste position dans toute son étendue avec des compresses et des bandes de toiles humectées d'eau froide.

Après lui avoir accordé tous les soins de la plus stricte propreté et avoir refait sa toilette, je remis mon opéré dans son lit. Quelques minutes étaient à peine écoulées, qu'il dormait profondément.

La guérison s'opéra sans entrave et rapidement, sauf quelques attaques de convulsions dues à des vers intestinaux qu'un traitement convenable fit disparaître.

Conclusion.—J'ai été forcé par les effets de l'accident à ne faire qu'un lambeau postérieur dans cette opération. Si j'avais à faire de nouveau la désarticulation de la hanche pour tout autre accident n'offrant pas la même mutilation, ou à peu près, que je viens de décrire je n'hésiterais pas à lui appliquer le même procédé opératoire, c'est-à-dire avec *lambeau postérieur* seulement.

Je ferais une première et profonde incision depuis la partie interne de la cuisse en suivant exactement le pli de l'aîne jusqu'à environ un pouce au-delà du grand trochanter puis je désarticulerais comme je viens de le dire.

Ce mode opératoire offre un avantage incontestable en dominant considérablement le foyer d'inflammation et de suppuration que fournissent deux lambeaux. C'est d'ailleurs, une question que je livre respectueusement à l'attention de la science.

Cet enfant que j'ai opéré, il y a onze ans, fréquente aujourd'hui les classes de l'académie de mon village; une béquille, avec laquelle il a lié intimité depuis son enfance, remplace sa jambe absente.

St. Eustache, 16 Décembre, 1877.

DR. D. MARSIL.

M. LE PRÉSIDENT ET MESSIEURS,

En répondant à l'invitation gracieuse, faite par votre dévoué secrétaire de venir vous entretenir ce soir, mon but a été de vous décrire les opérations de l'Ovariectomie et de l'Hystérotomie, telle que j'ai eu dernièrement l'opportunité de les voir exécuter un grand nombre de fois avec un succès parfait, par différents chirurgiens de grande réputation et particulièrement par le célèbre Dr. Péan, de Paris, le plus habile gastrotomiste de l'Europe.

L'opération qui est à peu près la même dans les deux cas peut se diviser en cinq temps.

Sectionner les parois abdominales.

Réduire le volume de la tumeur.

Détacher les adhérences.

Attirer la tumeur au dehors, fixer, puis lier le pédicule et exciser la tumeur.

Enfin, faire la toilette du péritoine et fermer la plaie abdominale.

PREMIER TEMPS.—*Section abdominale.*

On fera exactement sur la ligne médiane une première incision dont la longueur sera proportionnelle au volume de la tumeur qu'il faut enlever. Dans certains cas, il suffit de la faire commencer à l'ombilic; dans d'autres il sera nécessaire de la faire remonter à 1 ou 2 pouces au-dessus de ce point en le contournant à gauche, en bas l'incision devra s'étendre jusqu'à un pouce ou un pouce et demi de la symphyse pubienne. La première incision ne devra comprendre que la peau et le tissu cellulaire sous cutané; les autres couches seront incisées tour à tour avec précaution jusqu'à ce que l'on soit arrivé sur le péritoine.

La section des tissus s'accompagne le plus souvent d'une hémorrhagie insignifiante; quelque fois, cependant, comme je l'ai vu lorsque les veines de la paroi sont devenues variqueuses par suite de la gêne de la circulation intra abdominale, l'écoulement sanguin est assez abondant. Il faut alors saisir chaque vaisseau divisé, entre les mors d'une pince hémostatique qu'on laisse à demeure entre les lèvres de la plaie, outre ce premier résultat de s'opposer à l'hémorrhagie, ces pinces en ont un second, qui est de guider l'opérateur et de lui permettre d'écarter légèrement les lèvres de l'incision avant de continuer l'opération, il faut toujours attendre la cessation complète de l'hémorrhagie si petite qu'elle soit. Alors seulement vous pourrez inciser le péritoine sur la sonde cannelée, ou mieux sur l'index gauche, préalablement introduit dans l'abdomen à travers une boutonnière pratiquée à la partie inférieure. S'il s'écoulait un peu de sang à la suite de cette dernière incision, on empêcherait sa chute dans la cavité péritoniale en épongeant avec soin et en plaçant des pinces sur les vaisseaux divisés, mais avec la précaution de ne pas comprendre la séreuse entre les mors de ces dernières. On peut toujours parvenir à ce résultat, car les vaisseaux qui donnent du sang sont situés sur la face externe du péritoine dans le tissu cellulaire qui l'unit aux autres couches de l'abdomen et non dans l'épaisseur même de la séreuse.

Ce temps ne présente pas, en général, de grandes difficultés.

Il peut arriver que la section touche juste sur des adhérences, surtout au voisinage de l'ombilic; elles masquent alors la surface externe de la tumeur et peuvent gêner considérablement l'opérateur. On doit dans ce cas inciser directement sur elles, sans s'en inquiéter d'avantage, jusqu'à ce que la sensation d'un tissu dur et résistant vienne avertir de la présence du corps fibreux. La tumeur une fois mise à découvert dans toute l'étendue de l'incision, le deuxième temps commence.

DEUXIÈME TEMPS.—*Réduction du volume de la tumeur.*

Arrivé à ce temps de l'opération, le chirurgien peut apprécier directement, soit par la vue soit par le toucher, le volume du corps fibreux qui se présente. A lui de juger si les lèvres de l'incision pourront en s'écartant, livrer passage au néoplasme tout entier. Dans le doute il pourra même faire quelques tentatives d'extraction, mais à la condition expresse de les cesser aussitôt qu'il sera convaincu de l'inutilité de ses efforts, dans la plupart des cas le volume est tel que toute idée de voir sortir la tumeur par l'ouverture abdominal doit être immédiatement rejetée d'autant plus que l'incision des parois ne saurait être poussée au-delà de certaines limites, car il serait dangereux de la faire remonter à plus de 2½ pouces au-dessus de l'ombilic. Dans ces cas, si la tumeur est en partie constituée par des kystes à parois minces, la ponction se trouve indiquée comme dans les kystes multiloculaires.

Mais si la tumeur est purement fibreuse, ou s'il s'agit de l'utérus, un pareil procédé n'atteindra nullement le but qu'on se propose et le volume ne diminuera point par la ponction, on devra recourir à la méthode du Dr. Péan, c'est-à-dire par morcellement, voici en quoi elle consiste: On commence par traverser la partie la plus accessible par plusieurs anses de fils métallique (2 ou 3 généralement). Les fils sont ensuite serrés à l'aide de serre nœuds de façon à interrompre la circulation dans toute la partie qui se trouve située au-dessus des ligatures. On peut alors exciser cette partie en toute sécurité et diminuer d'autant le volume de la masse morbide, si, malgré cela, celle-ci restait encore trop volumineux, on recommencerait un peu plus bas et ainsi de suite jusqu'à ce qu'enfin la réduction soit jugée suffisante.

Ce temps donne lieu à quelques remarques: soit que l'on vide des kystes avec un trocart d'ovariotomie, soit que l'on sectionne le tissu avec le bistouri, on doit par dessus tout éviter l'introduction des liquides dans la cavité péritonéale. Le succès de l'opération est à ce prix. Pour cela s'agit-il d'un kyste, attirez la poche au dehors au moyen de grosses pinces à arrêt;

s'agit-il d'une tumeur géodiforme dont l'excision doit donner lieu à un écoulement de sang ou de sérosité? Placez au partour de la tumeur des éponges et des serviettes en quantité suffisante: épongez soigneusement la surface de section. Enfin, s'il existait à la périphérie de la masse morbide des vaisseaux d'un calibre considérable, il faudrait en faire la légature en deux endroits, puis couper au milieu.

(à continuer.)

Société Médicale de Montréal.

Séance du 21 novembre 1877.

Présidence du Dr. A. Laramée.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Proposé par le Dr. A. Dagenais, secondé par le Dr. S. Gauthier que le Dr. Amédée Lasalle soit admis membre actif.

Le Dr. Ed. Robillard donne une description détaillée de l'ovariotomie et de l'hystérotomie, d'après la méthode de M. Pean.

Dr. A. Dagenais.—J'ai écouté avec plaisir la narration de M. le Dr. Robillard mais j'aimerais à connaître les idées généralement reçues en Europe sur l'opportunité de ces opérations, Courty donne les indications et les contre-indications suivantes pour ces opérations :

1^o Les tumeurs fibreuses de la matrice, gênantes par leur volume, en menaçant d'abrèger la vie, peuvent être extirpées à travers la paroi abdominale, qu'elles soient pédiculées ou interstitielles.

2^o Lorsqu'elles sont pédiculées étroitement, elles peuvent être excisées après la ligature préalable de leur pédicule.

3^o Lorsque la ligature du pédicule devra porter sur le corps de la matrice, ou lorsque cet organe renferme d'autres noyaux fibreux, on devra en pratiquer l'amputation sus-vaginale ou l'extirpation complète, opération beaucoup plus grave qu'une ovariectomie. Les ovaires et les trompes devront être enlevées simultanément.

4^o Les tumeurs qui ne sont pas très-vasculaires peuvent être réduites préalablement par la ponction.

5° L'extirpation de ces tumeurs est surtout indiquée chez les jeunes femmes.

L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences étendues, surtout si la tumeur s'est développée dans les ligaments larges, et lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui augmente ou se reproduit rapidement.

Voici quelques statistiques qui doivent nous mettre en garde contre cette opinion.

Courty dit que sur 53 opérations, il y eut 22 succès et 31 insuccès. La mort a varié entre 1 heure après l'opération et le 26me jour. Les causes les plus fréquentes ont été hémorragie, choc et épuisement à la suite de l'opération, pyohémie produite. Dans 1 cas, il y eut mortification intestinale.

Le même auteur présente un second tableau de Kœberlé, où sur 24 opérations, il y eut 3 succès et 21 insuccès. Ce qui donne un total de 77 opérations, dont 25 succès et 52 insuccès.

Voici d'autres statistiques qui ne sont guère plus favorables :

Dr. Atlee, sur les	101 premières,	il y eut 40 % de mortalité.
“	“ 78 dernières,	“ 31 “ “
Dr. Clay, (Manch'ter)	20 premières,	“ 40 “ “
“	“ 20 secondes,	“ 30 “ “
“	“ 20 troisièmes,	“ 25 “ “
Spencer Wells	“ 100 premières,	“ 34 “ “
“	“ 100 autres,	“ 28 “ “
“	“ 100 “	“ 23 “ “
“	“ 100 “	“ 22 “ “
“	“ 44 dernières,	“ 22,72 “
Keith (Ecosse)	“ 50 premières,	“ 22 “ “
“	“ 50 secondes,	“ 16 “ “

Quoiqu'il en soit de ces statistiques, l'ovariotomie est une opération acquise à la science, opération qu'il faut accepter. Il faut cependant être prudent dans son emploi, surtout lorsqu'il s'agit de l'extirpation des myômes.

J'aurais aimé à entendre M. le Dr. Robillard nous exposer ses vues sur le traitement consécutif. L'analogie me fait croire que le froid *intus* et *extra* serait alors favorable. Cazeaux rapporte plusieurs cas d'opérations césariennes, où l'usage de réfrigérants a été suivi de plein succès.

Dr. A. T. Brosseau.—C'est une bonne chose de faire connaître à ses compatriotes les belles opérations qu'on a eu l'avantage de voir pratiquer en Europe par des maîtres de l'art.

Lorsque j'étais moi-même en France, j'ai aussi suivi M. Péan. On ne saurait croire quelles précautions, je dirais

même inouïes, ce chirurgien emploie pour ces opérations. Il opère avec une lenteur et une patience admirables, s'appliquant surtout à ne pas laisser pénétrer une seule goutte de liquide dans l'abdomen.

J'ai cependant vu opérer M. Spencer Wells, et d'autres chirurgiens en Angleterre, qui ne prennent pas autant de précautions et qui réussissent bien. Je me rappelle avoir vu faire deux opérations de gastrotomie dans la même après-midi par le même chirurgien. Ils s'occupent peu, en Angleterre, dans le cours de l'opération, de laisser tomber du sang dans la cavité abdominale; mais, après l'opération, ils font avec soin la toilette du péritoine. Leur succès est dû à ce qu'ils savent bien choisir leur cas. Quant au pédicule, les Anglais le cautérisent, le ligaturent avec le *catgut* et le laissent dans l'abdomen, quelquefois cependant ils le placent à la partie inférieure de la plaie. Malgré ces différences notables dans la manière d'opérer, les succès obtenus en Angleterre équivalent à ceux de M. Péan, en France.

Avant d'opérer il faut établir un bon diagnostic sur le caractère des tumeurs à extirper. Mais c'est là la chose difficile. Il faut aussi connaître quelle espèce de pédicule a la tumeur, s'il est large ou petit, long ou court, c'est de là que dépend surtout le succès. Les adhérences sont aussi une des principales causes qui empêchent ces opérations de réussir; et c'est un des temps les plus longs et les plus difficiles pour les détacher. Dans le but de les prévenir, autant que faire se peut, M. Péan est opposé aux ponctions préaïables, qui exposent aux adhérences entre la paroi abdominale et le péritoine.

Dr. E. P. Lachapelle.—A la manière habile d'opérer il faut ajouter les soins hygiéniques employés pendant et après l'opération. M. Péan, autant que possible, n'avertit pas les patientes de l'époque où il doit pratiquer cette opération qu'elles redoutent; puis, sous un prétexte ou sous un autre, il leur administre le chloroforme, et les opèrent en les laissant dans l'ignorance de ce qui doit arriver.

Dans ces opérations j'accorderais une grande confiance au pansement carbolisé tel qu'employé par Lister.

Dr. A. Lamarche.—Marion Sims reconnaît la septicémie comme cause principale de la mortalité pour l'ovariotomie. Pendant l'opération, lorsqu'il y a hémorrhagie, il recommande la torsion de préférence à la ligature, ce qui prévient la présence de corps étrangers dans la plaie. Il conseille l'emploi d'un tube à drainage introduit à travers la paroi du vagin.

Quant au moment d'opérer, on attend chez les américains

que l'émaciation commence à paraître. Pendant l'opération, s'il y a des adhérences, et qu'elles soient fortes, on discontinue l'opération.

J'ai vu quelque part une règle de chirurgie, dont je ne puis m'expliquer la raison, c'est que plus la section de l'abdomen est éloignée du diaphragme, moins elle est dangereuse. C'est sans doute en vertu de cette règle qu'on a recommandé l'opération par le vagin si la tumeur n'est pas grosse. On a enlevé par cette voie des tumeurs du poids de $9\frac{1}{2}$ livres. On enlève facilement par le vagin des tumeurs du volume d'une orange.

D. G. O. Beaudry.—J'ai suivi attentivement la lecture de M. le Dr. Robillard et j'espère bien qu'un autre tantôt M. le Dr. Robillard nous exposera ses vues sur l'opportunité de l'opération, sur le traitement préparatoire et consécutif et sur les résultats de ces opérations.

Quant à la description de l'opération, tel que le Dr. Robillard l'a vue pratiquer par M. Péan, en France, elle est surtout remarquable par ses précautions infinies dont dépend en partie le succès de ces opérations.

J'ai déjà vu pratiquer la gastrotomie à Montréal mais sans succès.

Dr. A. Laramée ; La Société doit des remerciements à Mr. le Dr. Robillard pour la description soigneuse qu'il vient de nous donner sur ces grandes opérations.

Si Ambroise Paré avait rendu un grand service à l'humanité en inventant la ligature des vaisseaux dans les amputations, Mr. Péan rend également un service signalé en vulgarisant, en France, la pratique de ses pinces. En Mars dernier, Mr. Péan, a pratiqué avec plein succès l'hystérotomie sur une femme de 53 ans. La tumeur était fibroplastique et formée aux dépens de la muqueuse utérine.

Un Mr. Teale regarda les plaies simples du péritoine comme souvent sans danger et dans une communication intitulée : "*De l'ouverture de la cavité abdominale comme moyen d'exploration diagnostique*" et publiée dans le *Lancet*, il cite trois cas où il fit l'ouverture de l'abdomen avec beaucoup de ménagement, en faisant l'incision sur la ligne blanche et en prenant toutes les précautions possibles pour ne laisser épancher dans le péritoine, ni sang, ni liquide étranger. Ces trois cas guérirent rapidement. Je vous donne cette opinion pour sa valeur.

Le Dr. Sev. Lachapelle donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. A. Laporte comme membre actif de la Société Médicale.

Le Dr. E. P. Lachapelle donne avis de motion qu'à la pro-

chaîne séance il proposera le Dr. J. Chevalier, de la Pointe-aux-Prembles, comme membre actif de la Société Médicale.

Le Dr. G. O. Beaudry donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. H. C. Desrosiers comme membre actif de la Société Médicale.

Et la séance est levée.

G. O. BEAUDRY, M. D.

Sec. Très S. M. de M.

—
Séance du 5 décembre 1877.

Le Dr. A. Ricard, Président au fauteuil.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Après quoi, lecture est donnée d'une lettre du Dr. Amédée Lasalle, de Montréal, comme témoignage de gratitude pour son admission comme membre actif de la Société Médicale.

Proposé par le Dr. Séverin Lachapelle, secondé par le Dr. N. Fafard que le Dr. A. Laporte soit admis membre actif. Adopté.

Sur proposition du Dr. E. P. Lachapelle, secondé par le Dr. A. T. Brosseau, le Dr. J. Chevalier, de la Pointe-aux-Trembles, est admis membre actif.

Il est ensuite proposé par le Dr. A. Mathieu, secondé par le Dr. C. M. Filiatrault, que le Dr. H. E. Desrosiers soit admis membre actif. Adopté.

Le Dr. A. Dagenais ayant pris le fauteuil, le Dr. A. Ricard donne lecture d'un travail sur le croup, dans lequel il décrit les diverses périodes de cette maladie, en montre la marche et les complications, en expose les moyens de diagnostic, ainsi que le pronostic.

Quant au traitement du croup, M. le Dr. Ricard le partage en traitement médical et chirurgical. Le traitement médical consiste dans l'application de sangsues à la partie supérieure du sternum, comme antiphlogistique, dans l'administration du tartrate de potasse et d'antimoine à doses émétiques et nauséuses, le calomel uni à l'opium comme désagrégeant et enfin les dérivatifs.

Si le traitement médical ne peut entraver la marche de la maladie, et que l'asphyxie survienne, il faut recourir au traitement chirurgical qui consiste en la trachéotomie.

M. le Lecteur fait aussi mention d'un traitement spécifique par le brôme institué par M. le Dr. Ch. Ozanam, et recom-

mande d'une manière toute spéciale ce traitement qui compte un grand nombre de succès.

Dr. A. T. Brosseau.—Après la lecture de M. le Dr. Ricard, il est presque inutile d'ajouter autre chose; je dirai toutefois que le croup amène la mort quelquefois lentement, quelquefois très vite. Dans ces circonstances, le danger est de ne pas agir assez tôt et assez fortement. L'asphyxie, chez ces malades, est causée par l'obstruction de l'ouverture de la glotte par les fausses membranes. On peut quelquefois les faire expulser par le vomissement. Si on ne réussit pas, il faut adopter le traitement chirurgical. A Paris, les Internes des hôpitaux opèrent très-vite, et c'est pour cela qu'ils sauvent autant de malades. Ils suivent en cela le précepte de Trousseau qui dit que le plus tôt on opère, le plus souvent on réussit. Dans tous les cas, le médecin doit toujours faire bénéficier le malade des chances de cette opération. Pour cela, il ne faut pas attendre que le poumon soit gorgé de sang, et que l'air ne puisse s'y introduire. Si on opère assez tôt, la progression de la maladie est presque toujours arrêtée. On prétend que cette opération ne se pratique pas ici, parceque les parents s'y opposent. A cette raison, j'ajouterai celle-ci que les médecins craignent de la faire, parcequ'ils ne l'ont pas vu pratiquer. Je dirai donc, en résumé, qu'il faudrait faire cette opération plus tôt dans le cours de la maladie, et plus souvent qu'elle ne se pratique généralement.

Si vous me le permettez, je dirai quelques mots du manuel opératoire de la trachéotomie.

Il est un instrument qui facilite beaucoup cette opération, c'est la pince de Delaborde. Elle consiste en trois branches, dont l'une est tranchante, et qui se termine en poinçon. On introduit, d'un seul coup, la pointe dans la trachée-artère à travers la peau, le tissu cellulaire, et les cartilages. On n'a alors qu'à faire jouer un ressort, et les trois branches s'écartent en pratiquant une ouverture à la trachée, par laquelle on fixe la canule respiratoire.

Si on n'a pas cet instrument, il faut se servir du bistouri en incisant couche par couche. Il faut ouvrir la trachée de bas en haut, et appliquer le doigt immédiatement sur la plaie, pour empêcher le sang de pénétrer dans les voies aériennes, et on fixe la canule. Cette canule doit être double, de manière à pouvoir la nettoyer facilement, sans la déranger. Broca a ajouté à la canule un appendice qui est d'une grande utilité: c'est une valve qui sert à connaître si le malade peut respirer par la trachée.

Dr. Sér. Lachapelle.—M. le Dr. Ricard nous a dit que la

cause de la mort dans le croup était la suffocation. Pour moi, j'en admettrais une autre, c'est le spasme de la glotte. Ceci est d'une grande importance pour le traitement, car on recommande alors les anesthésiques et les calmants qui réussissent bien. Les nécropsies ont démontré que, dans ces cas, les fausses membranes n'obstruaient pas complètement la glotte, et pouvaient permettre l'introduction de l'air.

Dr. C. M. Filiatrault.—J me permettrai seulement de demander à M. le Dr. Ricard pourquoi il conseille d'appliquer les sangsues sur le sternum, vu que le siège de la maladie est aux larynx.

Dr. A. Ricard.—On recommande d'appliquer les sangsues à la partie supérieure du sternum, pour ménager la peau du cou, et pouvoir ensuite pratiquer l'opération s'il y a lieu.

Dr. E. P. Lachapelle.—C'est pour prévenir l'hémorrhagie. La peau étant très-vasculaire chez les enfants, elle serait à craindre, si on ne pouvait l'arrêter par la compression sur le sternum.

Dr. G. O. Beaudry.—Bien que le croup soit plus fréquent de 2 à 6 ans, on l'observe cependant à tout âge. Vous savez tous que Washington en est mort à 68 ans.

Dans le cours de cette discussion, on a attribué la mort soit à la suffocation soit au spasme de la glotte. Je crois qu'on pourrait invoquer une autre cause de mort, c'est l'empoisonnement, qui a lieu lorsque la suppuration de la muqueuse ulcérée et recouverte de fausses membranes est résorbée et portée dans le sang. Cet empoisonnement est généralement accompagné d'albuminurie.

Quant au traitement médical, l'émétique paraît être le médicament par excellence pour expulser les fausses membranes ; mais il faut le donner à fortes doses. Valleix dit que, sur 31 cas de croup traités par l'émétique à haute dose, il y a eu 15 guérisons, tandis que sur 22, où le médicament n'a été donné qu'avec parcimonie, il y a eu 21 morts. On a, en outre recommandé d'autres remèdes contre cette maladie. Qu'il me suffise de mentionner le bicarbonate de soude, le nitrate et le chlorate de potasse ainsi que le soufre. Le traitement médical peut donc sauver la vie de jeunes malades. Ce n'est pas à dire qu'il faille rejeter l'opération. Bien que le traitement chirurgical soit consécutif au traitement médical, cependant celui-ci donne des résultats assez satisfaisants. Ainsi, à l'hôpital sainte Eugénie, pour 1858, il y a eu 145 cas de croup ayant donné lieu à 119 opérations, suivies de 98 morts et 21 guérisons ; sur les 26 autres enfants, qui n'ont pas été opérés, il y en a eu 10 qui ont été guéris. Voici, en outre, le tableau des

opérations de croup au même hôpital, du 15 mars 1854 au 30 avril 1861 : Il y eut 374 opérations, dont 310 morts et 64 guérisons ; et 160 n'ont pas été opérés, sur lesquels 102 sont morts et 58 guéris.

M. le Dr. Brossseau nous a parlé du manuel opératoire, en nous décrivant la pince de Delaborde, et nous exposant le procédé de Troussseau. Je crois qu'il ne lui est pas venu à l'idée de parler de la méthode de Chas-aignac. Dans cette opération on accroche et relève le cartilage cricoïde avec un ténaculum cannelé sur le dos de manière à pouvoir conduire un bistouri dans sa cannelure et couper d'un seul coup la peau, le tissu cellulaire et la trachée aussi profondément que cela est nécessaire à l'introduction de la canule. On a aussi tenté de pratiquer cette opération avec le thermo-cautère, dans le but de prévenir l'hémorrhagie, mais on reproche à ce procédé opératoire d'être trop lent. Cependant, quelque avantage que l'on retire de la trachéotomie, il ne faut pas la pratiquer, avant que des symptômes d'asphyxie surviennent, car le croup peut guérir par d'autres moyens, et on ajoute alors à la maladie les dangers d'une opération redoutable.

Dr. A. Dagenais.—Je ne puis que présenter mes félicitations à M. le Dr. Ricard sur sa lecture, car elle est la récapitulation des meilleurs auteurs sur ce sujet. Cependant, je ne saurais adopter son opinion, lorsqu'il dit que la fièvre est plus forte dans le croup que dans les autres maladies de la poitrine ou de la gorge. Pour ma part, j'ai vu la fièvre très-forte dans d'autres maladies de cette région, comme l'amygdalite, ou la bronchite aiguë.

Quant à la trachéotomie, j'ai assisté deux fois à cette opération : pour l'un de mes malades, et pour celui de feu le Dr. G. Grenier. Pour mon malade, il avait eu le croup ; et, après traitement approprié, il était bien, quand il eut soudain une récurrence. L'asphyxie survint promptement, et le Dr. P. Beaubien, appelé en consultation, pratiqua la trachéotomie. Ce malade respirait bien ensuite, il prenait facilement la nourriture, et j'avais espoir de lui sauver la vie, quand la mort est venue détruire mes espérances, huit jours après l'opération. Quant au malade du Dr. G. Grenier, c'est moi qui l'ai assisté pour la trachéotomie, et qui lui ai donné les soins consécutifs. Malheureusement, le 6me jours après l'opération, ce malade eut le même sort que le mien. Je ne doute pas que la pince de Delaborde serait très-utile en ce pays, car elle inspirerait moins de crainte aux parents, qui permettraient plus souvent d'intervenir, et surtout de le faire en temps opportun. A Paris maintenant, la trachéotomie se fait par Barthe dès le

début de la maladie, et les résultats obtenus sont excellents. On a préconisé plusieurs remèdes contre le croup. Pour ma part, je ne crois pas au calomel, car la maladie est si prompte qu'il n'a pas le temps d'agir favorablement. J'accorderais plus de confiance aux sels de potasse, surtout au chlorate, qui ont un effet diffusant sur le sang, et peuvent ainsi débarrasser la gorge des fausses membranes qui l'obstruent.

Le Dr. C. M. Filiatrault attire l'attention de la Société Médicale sur l'établissement de certains Dispensaires particuliers, et fait motion que la question des Dispensaires privés, établis par des médecins, pour pratiquer la médecine au rabais, soit à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Le Dr. G. O. Beaudry donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera le Dr. J. Matte comme membre actif.

Et la séance est levée.

G. O. BEAUDRY, M. D.

Sec. Trés. S. M de M.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

Des névroses de l'estomac.—Sous ce titre, l'ancien professeur de clinique médicale à Zurich et à Breslau, M. H. Lebert, publie dans les *Archives générales de médecine* (avril, mai et juin 1877), un excellent mémoire. Après avoir montré combien confuses étaient jadis les notions sur les affections gastriques, après avoir signalé le passage de Broussais et son immense influence, après avoir rendu à Barras toute la part qui lui revient dans le renversement de la gastrite, M. H. Lebert constate les progrès faits par les auteurs modernes dans l'étude des affections précitées et expose la division qu'il croit devoir adopter. Selon lui, les névroses de l'estomac se répartissent en quatre groupes qui sont :

I. *Troubles fonctionnels des nerfs qui président au besoin de l'ingestion des aliments.* Tous ces troubles peuvent se classer

sous le terme générique de *dysorexie*, renfermant la *polyphagie* ou *boulimie* et l'*hétérophagie*, cette dernière englobant le *pica*, la *malucia* et la *géophagie*.

II. *Troubles de la sensibilité*. Ici se place la vraie *gastralgie* la *gastralgie* idiopathique, dégagée de toute altération organique; ce terme est identique avec ceux de *gastrodynie* et de *crampes d'estomac* des auteurs anciens.

III. *Troubles de la motilité*. Ils comprennent la *rumination* ou *mérycisme* et le *vomissement nerveux essentiel* dont le prototype est le vomissement des femmes enceintes.

IV. *Névroses complexes de l'estomac*. Elles se divisent en deux groupes: 1^o les *gastro-névroses hystériques*; 2^o les *gastro-névroses à troubles sécréteurs*, c'est-à-dire chez lesquelles des troubles sécréteurs compliquent ceux de l'innervation.

L'*étiologie* des névroses stomacales est ensuite examinée avec le plus grand soin. Relevons la prédominance très-considérable du sexe féminin jusqu'à 30 ans, puis, distribution moins inégale, pour arriver de 40 à 60 ans à la proportion de onze à quatre. Citons encore comme contribuant au développement des névroses de l'estomac: les occupations sédentaires, surtout chez les personnes ayant dépassé l'âge de 40 ans,—une nourriture insuffisante,—le thé et le café pris en excès,—les maladies aiguës ou chroniques déprimantes,—les helminthes,—les boissons trop chaudes ou trop froides,—les aliments âcres, irritants.—les affections cérébrales au début,—les affections utérines,—les pertes répétées,—les secousses morales profondes,—l'hérédité,—le nervosisme,—l'arthritisme,—l'hystérie, etc.

La *symptomatologie* est présentée avec le plus grand soin et ne peut s'analyser; c'est un tableau qu'il faut lire, étudier, méditer avec l'auteur lui-même.

Le *traitement* doit nous arrêter quelque peu.

En général, notre éminent confrère recherche d'abord avec soin les causes des névroses gastriques quelles qu'elles soient et s'efforce de les éloigner.

Dans la *dysorexie*, le régime doit être surveillé de près; les médicaments à employer sont: l'*opium* sous forme d'*extrait* ou de *codéine* à la dose progressivement croissante de 1 centigramme à 6 centigrammes, trois ou quatre fois par jour; le *bromure de potassium*, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, trois ou quatre fois par jour.

Dans la *gastralgie*, on doit surveiller non-seulement la diète, mais toute l'hygiène du malade: aliments de digestion facile, vie régulière, exercices modérés. Une cure *hydropathique* pourra rendre des services. Parmi les médicaments, on em-

ploiera : le *sous-nitrate de bismuth*, de 50 centigrammes à 2 grammes, deux ou trois fois par jour, aux repas ou deux ou trois heures après ; le *nitrate d'argent* en pilules, de 1 à 3 centigrammes, trois ou quatre fois par jour, seul ou associé aux mêmes doses d'*extrait de belladone* ; le *bromure de potassium*, de 50 centigrammes à 1 gramme, deux ou trois fois par jour ; les calmants unis aux médicaments précédents, par exemple l'*extrait d'opium* ou la *codéine*, à la dose de 10 à 15 milligrammes ; ou le *chlorydrate de morphine*, à celle de 3 à 5 milligrammes ;—la *noix vomique*, donnée par exemple, sous cette forme : élixir d'oranges 10 grammes, teinture de noix vomique 5 grammes, à prendre trois fois par jour à la dose de 10 à 15 gouttes dans de l'eau sucrée ; la *solution de Fowler* diluée dans deux parties d'eau de mélisse et administrée à la dose tri-quotidienne de 6 à 15 gouttes dans un quart de verre d'eau ; le *lactate de zinc*, enfin, à la dose de 5 à 15 centigrammes, trois fois par jour.—Les renvois cessent souvent après l'administration du *bicarbonate de soude*, à la dose de 1 à 2 grammes ; sinon 5 à 10 gouttes de la *liqueur anisée d'ammoniaque* agissent efficacement.—Dans la *gastralgie hystérique*, la *teinture de valériane* et la *teinture benzoïque d'opium* mêlées en parties égales et données à la dose de 30 gouttes, deux ou trois fois par jour, rendent de vrais services.

Dans le *mérycisme*, le malade sera surtout traité hygiéniquement ; il boira peu, mangera des aliments de digestion facile et aura soin de bien mâcher sa nourriture. Le traitement symptomatique sera particulièrement soigné, les malades étant souvent atteints assez tôt de dyspepsie et de catarrhe stomacal chronique.

Dans le *vomissement nerveux* on emploiera les *alcalins*, la *glace*, la *potion de Rivière*, l'*injection sous-cutanée de morphine* et de préférence des pilules renfermant 1 à 2 centigrammes d'*extrait d'opium*, seul ou additionné de *belladone* ou d'*extrait de noix vomique*.—Le *nitrate d'argent*, l'*iodure de potassium* peuvent aussi être très-utiles. (In *Archives médicales belges*.—*Lyon Médical*.)

Signes précoces de phthisie ; défaut d'expansion ; abaissement des clavicules.—Le docteur Haenish a étudié les mouvements d'expansion de la poitrine chez les phthisiques à l'aide du stéthographe (*Deutsch Arch. f. Klin Med.* et *Annales de la Soc. de med. de Gand*). Il conclut de ses recherches qu'à l'état normal l'expansion au sommet de la poitrine est égale pour les deux côtés. Si les deux sommets du

poumon sont malades (catarrhe des petites bronches, induration, cavernes), l'expansion est moindre. Elle est moindre du côté malade que du côté sain: ce qui peut servir au diagnostic.

Il faut signaler en même temps, d'après lui, un caractère important pour le diagnostic de la tuberculose commençante tiré de la position des clavicules; ce caractère avait été montré par Aufrecht. Dans les conditions normales, l'extrémité acromiale des clavicules se trouve plus élevée que l'extrémité sternale. Si l'extrémité acromiale s'abaisse, cela signifie que le champ respiratoire se rétrécit de ce côté.

Si on trouve l'extrémité acromiale sur le même plan que l'extrémité sternale, si, de plus, il existe quelques autres symptômes suspects, tels que l'anémie, les douleurs sur divers points de la poitrine, etc., il faudra songer à une affection du sommet correspondant. En règle générale, l'extrémité acromiale de la clavicule est plus abaissée du côté malade que du côté sain, plus abaissée aussi chez le phthisique que chez l'individu sain.—(*Journal de Médecine.*)

—

Nouveau traitement du tétanos.—En présence des résultats peu satisfaisants que l'on obtient ordinairement contre le tétanos par les moyens de toutes sortes usités jusqu'ici, M. le docteur de Renzi (de Gênes) s'est livré, dans le but d'établir un traitement plus efficace de cette affection, à des expériences très-intéressantes sur le tétanos strychnique des grenouilles, lesquelles sont, ainsi qu'on le sait, très-aptés à ressentir l'influence de la strychnine. Il aurait pu instituer une médication rationnelle de cette terrible maladie.

Voici d'abord, en peu de mots, le résultat de ces expériences :

1^o Le tétanos est plus intense chez les animaux tenus en pleine lumière que sur les animaux gardés dans l'obscurité. Cette différence est peu marquée;

2^o Les secousses du tétanos se développent avec plus de rapidité et d'intensité chez les animaux qui sont sans cesse agités que chez ceux qui sont en état de repos. L'influence du stimulus mécanique est beaucoup plus marquée sous l'influence de la lumière;

3^o Les petites grenouilles empoisonnées avec un vingtième de milligramme de strychnine meurent facilement si on les secoue brusquement, mais elles peuvent survivre si on les laisse dans un repos parfait.

M. de Benzi conclut de ces expériences, que le repos absolu est le remède le plus rationnel du tétanos. En effet, dans l'année scolaire 1872-1873, il aurait traité, dans sa clinique, deux cas de tétanos. Le premier, traité par des doses successives de chloral et des injections répétées de curare, s'est terminé par la mort; le second, traité presque exclusivement par le repos absolu, aurait été suivi de guérison. Dans l'année suivante, sur deux malades que ce médecin aurait eu à soigner de cette affection, l'un d'eux aurait guéri par le repos absolu, l'autre aurait succombé bien qu'on ait eu recours au même traitement. Enfin pendant la dernière année qui vient de s'écouler, M. de Renzi dit avoir reçu, dans sa clinique, un quatrième cas de tétanos qui, de même que les trois précédents, a été traité par le repos absolu, et cette fois avec un plein succès.

En résumé, voici, d'après cet auteur, la manière dont on doit procéder en présence d'un individu atteint de tétanos :

1^o Enfermer le malade dans une chambre parfaitement obscure en faisant ouvrir, très doucement, la porte de quatre en quatre heures pour donner les aliments et les boissons ;

2^o Oblitérer le conduit auditif externe avec de la cire et recommander au malade de rester aussi tranquille qu'il lui sera possible ;

3^o Toutes les heures lui donner, à l'aide d'un vaso à bec, du bouillon, un œuf et deux cuillerées de vin blanc. Pour boisson, de l'eau avec une très-petite quantité de vin ;

4^o Pour apaiser les douleurs, donner un peu de poudre de belladone et de seigle ergoté ;

5^o Mettre un tapis sur le parquet de la chambre.

(Gaz. méd. de Paris.)—*Le Bordeaux Médical.*

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Traitement des goîtres par les injections interstitielles.—Dans une revue publiée par les *Annales des maladies du larynx et des oreilles*, M. Cazalis étudie les différents modes de traitement du goître, et en particulier la méthode du Luton. Cette méthode s'applique plus particulièrement au goître parenchymateux et au goître fibreux. Par ce procédé, en portant l'iode au sein même de la tumeur, le docteur Luton a souvent obtenu la guérison de cas réfractaires aux médications les plus diverses. La seringue employée pour ces injec-

tions est la seringue hypodermique ordinaire, mais il est utile qu'elle soit parfaitement dorée ou nickelée. Il faut aussi que le piston soit d'une adaptation parfaite avec le corps de pompe, pour surmonter la résistance que le liquide peut trouver parfois dans la glande.

On peut injecter ou la teinture d'iode du codex, et c'est l'injection que recommande Luton et qu'il emploie, depuis 1 gramme jusqu'à 5 grammes; ou la solution d'iode iodurée de Berlin dont on augmente au besoin les doses de teinture d'iode et qui se formule ainsi: eau distillée 40 grammes, teinture d'iode 20 grammes, iodure de potassium 1 gramme; depuis 15 gouttes jusqu'à 40 gouttes. Il faut que l'aiguille de la seringue bien conduite et enfoncée d'ordinaire de 2 à 3 centimètres, ne fasse pénétrer l'injection que dans la substance de la glande. Il est bon d'anesthésier par la glace ou l'éther pulvérisé le point où pénétrera l'aiguille. Il faut éviter les veines, éviter aussi l'introduction de l'air. Lévêque conseille même, après qu'on a enfoncé l'aiguille, de dévisser la seringue, pour consulter l'écoulement du sang et s'assurer ainsi qu'on n'est pas entré dans quelque vaisseau important. Quant à la dose de liquide, elle est assez variable, puisque Luton a employé depuis 25 gouttes jusqu'à 4 et 5 grammes.

Les symptômes ressentis varient avec le degré de saturation, ou la dose du liquide injecté. Des solutions ou des doses faibles produisent seulement une gêne ou une cuisson légère dans la région du cou. Avec des injections plus fortes, il se produit des irradiations plus ou moins douloureuses vers la mâchoire et les oreilles. Parfois aussi l'on peut observer quelques symptômes d'iodisme aigu; le pouls enfin et la température s'élèvent; le cou se gonfle et se tend, mais les accidents inflammatoires s'éteignent généralement au bout de deux ou trois jours, et l'on sent alors à l'intérieur de la glande un noyau dur, gros à peu près comme un œuf de pigeon, qui se rétracte peu à peu et diminue avec la glande. Heller, pour rendre la douleur et peut-être aussi l'irritation moins vives, ajoute à son injection 15 milligrammes de sulfate de morphine. Le plus souvent tout se passe sans suppuration. On pourrait la redouter pourtant si l'on avait injecté ou une dose trop forte, ou une solution trop caustique, et si le liquide avait pénétré dans le tissu cellulaire ambiant.

Bien que cette méthode donne la plupart du temps des résultats plus rapides que le traitement médical, il faut souvent quelques mois encore avant d'en obtenir des effets bien définitifs. Il est souvent nécessaire de renouveler les injections. Morell-MacKenzie qui a une grande expérience de cette mé-

thode, les renouvelle tous les dix jours environ. Dans ce cas, il est mieux de les faire en des points différents. Si le goître présente plusieurs lobes, on peut successivement les attaquer tous, mais l'injection d'un seul peut suffire. Si le goître est très-étendu, on peut dans la même séance faire deux injections à quelque distance l'une de l'autre.

Luton ne voit qu'un goître qui ne puisse être traité par sa méthode, c'est le goître vasculaire; mais c'est surtout au goître fibreux qu'elle s'adresse, et MacKenzie sur 73 cas traités par ce procédé a eu 59 guérisons; dans neuf cas le goître a diminué, il y a eu trois résultats nuls, et deux malades ont cessé leur traitement.—(*Journal de Médecine.*)

De l'appareil dit américain pour le traitement des fractures du fémur chez les enfants.—Le docteur Maura, qui a étudié les fractures du fémur chez les enfants, considère l'extension continue comme le seul traitement rationnel de ces fractures, et place l'appareil dit américain comme le plus commode des appareils à extension chez les enfants.

Voici comment est composé cet appareil : 1^o d'une longue attelle que l'on applique au côté externe du membre. Cette attelle remonte jusqu'à l'aisselle et descend beaucoup plus bas que le pied; 2^o d'une attelle interne qui arrive en bas au même niveau que la précédente; 3^o d'une planchette transversale qui entre par glissement de bas en haut dans deux mortaises pratiquées à la partie inférieure des attelles dont elle maintient l'écartement. Cette petite planchette est munie elle-même d'une vis de rappel qui porte un crochet. En haut, le bout supérieur de la longue attelle est fixé sur le côté correspondant de la poitrine par une ceinture de corps munie d'un petit sac dans lequel elle vient s'engager. Elle est encore fixée au bassin par une seconde ceinture qui empêche tout mouvement du bassin sur la cuisse.

Un lacs contre extenseur, formé d'un cylindre de cuir doux, garni de crin dans son intérieur, entoure la racine du membre fracturé et s'attache, par ces deux extrémités, sur l'attelle externe, au voisinage de l'aisselle. Grâce à la longueur de cette attelle, la traction peut être opérée dans une direction presque parallèle à celle du membre. Il résulte de cette heureuse disposition, que la contre-extension ne presse plus sur les muscles adducteurs de la cuisse, et ne les oblige pas à se contracter, comme cela a lieu dans l'appareil Boyer. Quant à

l'extension, voici comment on l'exerce: on applique sur la peau une large bandelette de diachylon, dont le milieu reste libre à la manière d'un étrier, à 15 centimètres environ au-dessous du membre, tandis que les chefs, appliqués sur les côtés du membre, remontent au niveau de la fracture. Cette bande est fixée dans sa position par un simple bandage roulé qui entoure la jambe et la partie inférieure de la cuisse, et empêche le diachylon de céder sous la traction de la vis de rappel, dont le crochet sert à attirer le milieu de la bande demeuré libre au-dessous du pied. A l'aide de cette large bande de diachylon, l'extension, au lieu de s'exercer autour du cou-de-pied et sur une surface étroite, se trouve répartie sur une grande surface et peut rester appliquée sans la moindre souffrance pendant tout le temps nécessaire à la consolidation. Des coussins de balle d'avoine, piqués en leur milieu, suivant la méthode de Marjolin, protègent le membre et régularisent la compression, très-faible, du reste. Une attelle antérieure, courte, appliquée au point de la fracture, sert à corriger la déviation des fragments. Le tout est réuni par trois courroies placées à la partie supérieure, moyenne et inférieure de la cuisse. (*Thèse de Paris, avril 1877, n° 155.*)

—

Moyen très-simple de porter le nitrate d'argent dans la cavité utérine.—Voulez-vous, dit M. le professeur Pajot, faire connaître à nos confrères un *moyen très simple de porter le nitrate d'argent dans la cavité utérine*, sans crainte de casser jamais le crayon, accident qui préoccupe toujours, quoi qu'on puisse dire.

Je prends une *tige de laminaria* de deux millimètres de diamètre environ, je la trempe dans une solution très-concentrée de gomme arabique, je la roule dans de la poudre très-fine de nitrate d'argent fondu et je laisse sécher.

J'obtiens ainsi un crayon de grosseur ordinaire, *incassable*, qu'on peut porter aussi profondément qu'il est besoin et conduire dans toutes les directions.

Il est monté sur le porte-nitrate de trousse.

Ce moyen, si je ne me trompe, paraît applicable à toutes les cavités et l'on pourrait utiliser, peut-être, le procédé pour d'autres caustiques plus actifs. (*Paris Médical, 8 nov.*)

—

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Leçons sur les maladies du nez. Par le Dr. MORELL-MACKENZIE, ancien médecin à l'Hôpital du Collège médical de Londres. Extrait du *Lancet* vol. 11 page 808, (suite.)

1^o *Application de médicaments.*— Cette méthode est naturellement celle qui a dû être la première employée pour la guérison des polypes; elle n'a cependant de valeur que lorsqu'on a affaire à des tumeurs très petites et facilement accessibles aux médicaments employés. Les polypes de faible dimension peuvent être fréquemment badigeonnés avec une solution fortement astringente: le chlorure de zinc et le perchlorure de fer conviennent pour cet usage.

Dans ma pratique, les meilleurs résultats m'ont été donnés par ce dernier sel dilué dans une minime quantité d'eau, juste suffisante pour former avec le médicament une pâte épaisse. Le bichromate de potasse et le nitrate d'argent ont aussi été employés avec plus ou moins de succès. M. Bryant a une grande confiance dans les insufflations de tannin en poudre. L'insufflateur de Rauchfuss est un excellent instrument pour cet usage.

Primus (de Babenhausen) a préconisé un autre médicament: la teinture safranée d'opium de la Pharmacopée de Prusse. L'excroissance, badigeonnée plusieurs fois par jours avec ce liquide, se ratatine et se détache au bout de sept à dix jours, quand les circonstances sont favorables.

2^o *Avulsion.*— De toutes les méthodes, celle-ci est sans contredit la plus prompte et celle qui est le plus généralement employée, bien que son usage peu judicieux l'ait parfois discréditée. Elle a le désavantage d'être souvent très douloureuse et de provoquer, suppose-t-on, de fortes et même dangereuses hémorrhagies. Ma propre expérience s'accorde avec celle de Pett, car je n'ai rencontré aucun cas pour lesquels ce traitement ait provoqué une hémorrhagie grave, et quand cet accident ne s'arrêtait pas spontanément, je l'ai toujours vu céder instantanément à l'emploi des hémostatiques.

A mon avis, aucune méthode d'extirpation du polype muqueux n'est égale comme simplicité, sûreté et rapidité, à l'avulsion par le forceps. Cette méthode, qui paraît avoir été introduite par Arantius vers la fin du XVI^e siècle, a été plus favorablement employée que toute autre par les médecins. Malheureusement sa facilité d'exécution et les succès obtenus

ont souvent conduit les praticiens à la considérer comme applicable à toutes les excroissances intra-nasales, quelles que soient leur situation et la nature de leurs attaches. On trouve des chirurgiens qui, agissant d'après ce principe, augmentent les dimensions et les leviers de leurs forceps et leurs donnent des courbures propres à permettre leur introduction soit par les narines, soit par la bouche, comme s'il n'y avait d'autre considération à avoir que de saisir fortement les tumeurs nasales, quelles qu'elles soient, et de les arracher avec violence. Les conséquences de cette pratique ont souvent été déplorables, et Pott nous apprend que l'arrachement du septum ou de la plus grande partie des os du palais a quelquefois accompagné l'extirpation des polypes par une méthode chirurgicale aussi irréfléchie.

L'instrument que j'ai trouvé le plus généralement utile n'est autre que le forceps laryngien écraseur, modifié, construit plus légèrement et ayant ses branches incurvées, de sorte que les poignées n'obstruent pas la vue de l'opérateur.

Une paire de forceps minces, légèrement courbés, dont les pinces sont bien dentelées, et dont le volume ne dépasse pas celui de ciseaux ordinaires, remplissent le plus souvent, les conditions voulues, pour l'extirpation des polypes du nez. Si l'excroissement est d'un volume modéré et qu'on l'aperçoive distinctement par devant, on peut tenir les narines ouvertes au moyen du spéculum de Fraenkel, et facilement saisir le pédicule. La base de la tumeur doit d'abord être fortement tordue en arrière et en avant, puis arrachée. Il est utile que la torsion du pédicule se fasse au premier temps de l'opération, parce qu'il y a alors plus de chances pour que les attaches profondes de la tumeur soient complètement extirpées. Lorsque le polype est situé en arrière dans ce canal nasal, le spéculum devient inutile, mais on peut maintenir la tumeur en passant l'index de la main gauche par derrière le voile du palais dans les fosses nasales postérieures. Le forceps étant alors introduit par devant comme il a été déjà dit, est facilement guidé sur la tumeur dont il saisit fortement le pédicule, et le reste de l'opération s'accomplit comme précédemment. Lorsque le polype a un volume considérable, ou possède plusieurs points d'attache, on peut l'extirper par fractions ou recourir au procédé de Richter, en employant un forceps fait sur un modèle à peu près semblable à celui dont on se sert pour les accouchements. On introduit alors une des branches.—puis l'autre,—et on les assujettit ensemble lorsque la tumeur est bien saisie. Dans quelques rares cas, on peut même avoir recours aux gros forceps de Thomas Whately. La struc-

ture des polypes muqueux est d'habitude si délicate et si peu résistante, que ceux-ci s'écrasent et se déchirent sous une traction modérée. Pour ce motif, le procédé de Dzondi peut être parfois employé, bien qu'il ne se recommande par aucun avantage sérieux: Ce procédé consiste à tirer la tumeur en avant au moyen d'un forceps léger, de manière à rendre le pédicule; puis avec un autre forceps, à saisir la racine de l'excroissance aussi près que possible de son point d'attache et à l'écraser jusqu'à ce qu'elle cède. L'auteur de ce procédé prétend que par son emploi on écarte tout danger de récurrence, les attachements profonds du polype étant par lui complètement arrachés.

L'avulsion des polypes, pratiquée au moyen d'un cordon qui saisit la tumeur dans un nœud coulant et sur lequel on tire, était en usage longtemps avant Hippocrate. M. Hilton a inventé un instrument qui modernise cette méthode et peut souvent être employé avec avantage. Le polype est saisi aussi près que possible de son attache par une bride en fil métallique, qui est alors tirée en avant et serrée au moyen d'un mécanisme glissant le long de la tige de l'instrument. Cela fait, on produit un effort suffisant pour arracher la tumeur. La difficulté de ce procédé consiste à faire passer le fil par-dessus la tumeur et à bien saisir la base de celle-ci. Cette opération peut être facilitée par une petite fourchette émoussée que l'on introduit par les narines et au moyen de laquelle on dirige le fil métallique par dessus la large extrémité de la tumeur. M. Durham a souvent employé, à Guy's Hospital, l'instrument de M. Hilton, et a obtenu des succès remarquables. Ce procédé n'occasionne que peu de douleur et de faibles hémorrhagies; dans la plupart des cas, l'excroissance est radicalement extirpée, et au bout de peu de temps l'opérateur devient habile à manier l'instrument. Lorsque le polype est situé proche de l'extrémité laryngée du canal nasal, on peut se servir de la canule de Bellocq. Un solide fil de soie est attaché à l'extrémité de la canule et passé dans le pharynx de la manière ordinaire: puis, une extrémité du fil étant retenue dans la bouche, on retire la sonde. Le fil métallique de l'instrument de Hilton est alors attaché à l'extrémité de la soie qui pend par le nez et, en tirant le fil qui sort par la bouche, est amené par les fosses nasales sur le derrière du polype, par dessus lequel on le fait entrer en s'aidant d'un doigt introduit par la bouche.

Il est quelquefois nécessaire d'avoir recours aux anesthésiques pendant ces opérations, surtout lorsqu'on a affaire à une femme délicate. Il est cependant préférable pour le chirurgien

d'avoir à opérer un malade qui n'a pas eu besoin d'être anesthésié, car alors, en cas d'hémorrhagie considérable, ce dernier peut grandement aider le chirurgien en dégagant les fosses nasales et en empêchant le sang de pénétrer dans le pharynx.

3^o *Cautère galvanique.*—Le Dr. Thudichum a enlevé des polypes par ce moyen, et bien que ce procédé ne soit applicable qu'à un nombre restreint de cas, il peut à l'occasion être très avantageux. Le polype est enserré par un nœud coulant métallique chauffé au rouge au moyen d'une batterie galvanique qui brûle la tumeur de part en part. Cette opération est peu douloureuse et ne fait courir aucun risque d'hémorrhagie; mais, le fil métallique ne pouvant que rarement être ajusté sur le pédicule, et aucune traction n'étant exercée qui puisse détacher le polype, celui-ci doit la plupart du temps être enlevé par tranchées. Ainsi, dans un cas, le Dr. Thudichum a dû appliquer quarante-cinq fois le cautère, et, dans un autre cas trente-trois fois, avant de pouvoir enlever complètement la tumeur.

4^o *Manipulation.*—Le professeur Gross a récemment remis en pratique un procédé employé pour la première fois par Morand. Dans ce procédé on passe un doigt dans les fosses nasales postérieures, et un autre doigt est introduit par une des narines et par devant; puis le polype est poussé en avant et en arrière, de manière à étirer le pédicule jusqu'à ce qu'il lâche prise. Comme ce procédé ne peut s'appliquer que dans quelques rares cas, on ne doit le considérer que comme un expédient applicable seulement dans certaines circonstances favorables à son emploi.

5^o *Élargissement des ouvertures nasales.*—Il est rarement nécessaire d'avoir recours aux instruments tranchants pour l'extraction des polypes muqueux, et le procédé du Dr. Thudichum, qui consiste à dilater les narines avec du laminaria, est généralement suffisant lorsqu'il est nécessaire d'obtenir un élargissement des orifices du nez. Il se présente néanmoins des cas dans lesquels le corps de la tumeur est exceptionnellement large et solide, et où il devient utile d'agrandir les ouvertures nasales antérieures ou postérieures au moyen du bistouri. La méthode de Dieffenbach, qui consiste à fendre la narine le long du bord de l'os nasal, donne de bons résultats, et la section se guérit ensuite en laissant une cicatrice à peine visible. Lorsqu'il est indispensable d'inciser les deux narines, le septum doit être aussi sectionné, et toute la partie molle du nez peut être retournée. Quand l'excroissance est située près du pharynx, on peut se servir de la méthode de Dionis, et

pratiquant une ouverture à travers le voile du palais, du côté affecté: on obtient ainsi un agrandissement considérable de l'ouverture de l'orifice postérieur des fosses nasales. Nous traiterons plus tard des opérations plus graves qu'il est nécessaire de pratiquer lorsque les excroissances nasales ne peuvent être extraites par les ouvertures naturelles.—(*Lancet et Le Bordeaux Médical.*)

(à continuer.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Action sur le fœtus, des médicaments donnés aux femmes enceintes.—Certains remèdes, dit le Dr. Cleveland, tels que l'iodure de potassium, l'acide salicylique et le chloroforme peuvent passer de la circulation maternelle dans la circulation fœtale.

Les exanthèmes aigus, la scarlatine, la rougeole, la variçelle et peut-être le vaccin peuvent se propager de la mère au fœtus. La question de savoir si la syphilis passe de la mère au fœtus ou du fœtus à la mère reste indécise.

L'effet des influences mentales ou affectives du côté de la mère sur la vitalité ou le développement du fœtus reste indécis.

Quant aux effets thérapeutiques des médicaments sur le fœtus, il n'y a jusqu'à présent rien de bien connu.

Une seule classe de médicaments peut être administrée avec l'espoir de voir se produire sur l'enfant des effets marqués, ce sont les spécifiques antisypilitiques, dont l'efficacité est vivement combattue par quelques auteurs.

Il est certain que le chloroforme entre dans la circulation fœtale, mais on ne sait s'il y exerce des effets pernicieux, et Weifel dit qu'il peut y produire l'ictère, mais cela n'est pas constaté.

Il n'est pas encore démontré que la morphine entre dans la circulation fœtale, mais les faits cliniques tendraient à prouver que cela arrive quelquefois. Les résultats de l'expérience de beaucoup de praticiens, et dans la majeure partie des cas, les faits prouvent que l'on peut user des opiacés sans dommage

pour le fœtus. Cependant quelques auteurs attestent que l'usage des injections hypodermiques, jusqu'à plein effet physiologique, peut provoquer chez le fœtus des phénomènes dangereux. Il est de la plus haute importance d'élucider ce dernier point.—*Le Bordeaux Médical.*

Hérédité de mèches blanches sur le front.—Les annales de la *Société médico-chirurgicale de Liège* rapportent un cas singulier d'hérédité à propos d'une mèche blanche située sur le front. Le docteur Rizzoli vit une belle jeune fille sur le front de laquelle se trouvait une touffe de cheveux longue, épaisse, et toute blanche alors que la chevelure entière était du noir le plus prononcé. Or, cette anomalie s'était montrée congénitale et héréditaire dans cette famille italienne dans le courant de ces deux derniers siècles, la mèche blanche avait été observés chez plusieurs descendants, chaque fois qu'elle avait existé chez l'un des parents et le fait est indubitable, consigné dans les observations conservées par les soins de l'état civil d'Imola (Italie), où aujourd'hui, comme précédemment, on a la louable habitude de prendre note de toute anomalie congénitale ou héréditaire qui peut mériter d'être relatée. L'arbre généalogique de cette famille, soigneusement établi, a montré que sur quarante cinq sujets environ, répartis entre six générations, plus de la moitié portaient la mèche héréditaire.—(*Journal de Médecine.*)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JANVIER 1878.

Comité de Rédaction :

MESSIEURS LES DOCTEURS E. P. LACHAPPELLE, A. LAMARCHE
ET S. LACHAPPELLE.

L'Université Laval à Montréal.

C'est un fait accompli ; Montréal possède une université catholique : l'Autorité Episcopale vient de faire entendre la proclamation solennelle de l'établissement de l'Université Laval en cette ville.

Cette Université comprendra quatre facultés : la Théologie, les Arts, le Droit et la Médecine.

La faculté de Théologie est confiée au Grand Séminaire de Montréal dirigé par les Messieurs de St. Sulpice.

La faculté des Arts sera au Collège Ste. Marie sous la direction des révérends Pères Jésuites.

La faculté de Droit est organisée et se compose des messieurs suivants : M. C. S. Cherrier, C. R., professeur en droit international et *Doyen* de la Faculté ; Honorable Juge Monk, professeur de droit commercial et maritime ; Honorable Juge Loranger, professeur de droit administratif ; Honorable M. Chauveau, professeur de droit romain ; Honorable M. Chapleau, professeur de droit criminel ; M. L. A. Jetté, M. P., professeur de droit civil ; M. J. Alphonse Ouimet, L. L. D., professeur de procédure civile.

Nous avons lieu de croire que la Faculté de Médecine sera composée comme suit :

P. BEAUBIEN, M. D., professeur Honoraire.

P. MUNRO, M. D., professeur de Pathologie Externe et *Doyen* de la Faculté.

J. P. RORTOR, M. D., professeur de Pathologie Interne et de Clinique Médicale.

E. H. TRUDEL, M. D., professeur de Tocologie et de Clinique Obstetricale.

- W. H. HINGSTON, M. D., professeur de Clinique Chirurgicale.
 J. G. BIBAUD, M. D., professeur d'Anatomie Descriptive.
 J. EMERY CODERRE, M. D., professeur de Matière Médicale.
 H. PELTIER, M. D., professeur de Physiologie.
 TH. E. D'ORSONNENS, M. D., professeur de Chimie, de Médecine Légale et de Toxicologie.
 A. T. BROSSEAU, M. D., professeur de Clinique Chirurgicale et de Médecine Opératoire.
 E. P. LACHAPPELLE, M. D., professeur de Pathologie Générale.
 A. LAMARCHE, M. D., professeur d'Histologie et d'Anatomie Pathologique.
 L. A. EDOUARD DESJARDINS, M. D., professeur d'Optalmologie et de Clinique des Maladies des Yeux et des Oreilles.
 A. RICARD, M. D., professeur de Botanique et de Clinique des Maladies des Enfants.
 A. DAGENAI, M. D., professeur de Clinique Médicale.
 A. LARAMÉE, M. D., professeur d'Hygiène et de Clinique des Maladies des Vieillards et des Maladies Vénériennes.
 ANGUS C. MACDONELL, M. D., professeur de Clinique Médicale.
 G. O. BEAUDRY, M. D., professeur d'Anatomie Pratique.

L'installation de l'Université à Montréal a eu lieu le jour de l'Épiphanie, dans la chapelle du Grand Séminaire; nous en donnerons le compte-rendu dans notre prochaine livraison.

Les cours s'ouvriront l'automne prochain.

Nous saluons avec joie, et un légitime orgueil pour l'avenir l'établissement de l'Université Laval à Montréal.

Jusqu'à présent notre cité n'a eu qu'un nom, elle l'a porté dignement, il est vrai, mais ce nom seul ne lui suffisait pas. Métropole puissante du commerce et de l'industrie, Montréal est appelé également à être le centre de l'enseignement supérieur dans notre province, et dans notre pays même, et à régner par la science; comme par la fortune.

L'établissement d'une Université Catholique parmi nous est la consécration d'un droit et d'un devoir: droit qui est le nôtre, devoir qui est celui de l'autorité. La cité de Montréal avec son capital et le chiffre élevé de sa population, avec ses ressources nombreuses est la première ville de la Confédération. Au moral comme au physique un pays grandit de toute la grandeur de son centre principal; celui-ci paie richement la vie qui lui vient de la circonférence. Nous augurons donc du nouvel ordre de choses établi, des bienfaits sans nombre pour notre province, pour tout notre pays. Québec qui comme boulevard de notre nationalité, doit avant tout en souhaiter la prospérité et la gloire, Québec disons-nous, s'énorgueillira et

se réjouira avec nous de voir une institution qu'elle a nourri, s'élever et grandir en proportion de ressources plus considérables.

Si nous considérons la question à un point de vue plus élevé, si *altius tendimus*, nous dirons que nous voyons dans le fait qui nous réjouit tous, l'exécution d'un devoir qui est un gage certain de notre autonomie nationale et religieuse. Assurez l'éducation, vous assurerez l'avenir d'un peuple, et ici par éducation nous entendons l'éducation supérieure qui forme les hommes destinés aux hautes fonctions d'un état, et dont la capacité est son salut.

Dans un pays mixte comme le nôtre, il y a une autre face aux choses : le côté religieux a son importance sérieuse et c'est ici que l'enseignement universitaire va nous fournir tous ses trésors.

Puisant la science à une source pure, elle ne nous perdra pas ; elle nous sauvera plus tôt, et nous aidera à sauver les autres plus sûrement. Ce détail surtout doit être consolant pour qui sait tout le mal causé par une science exclusive, qui tourne le dos aux vérités religieuses.

Nous avons supposé que la présence de l'Université dans notre ville de Montréal serait un sujet de réjouissance pour tous, nous nous sommes trompés. "Le Canada Medical and Surgical Journal" en prend ombrage. Au lieu de n'y voir qu'une émule venant coopérer avec les autres Universités à la noble tâche de la diffusion et de l'avancement des sciences, il lui convient mieux d'en faire une rivale.

Notre confrère voit dans l'Université Laval, une autre école de médecine française qu'on veut fonder à Montréal, indépendamment de la première ; il craint la plethore ; c'est une de trop, *ergo*.....

Cette Revue, savante en médecine, l'est toujours bien peu sur notre compte ; et si elle était condamnée à ne parler de nous qu'avec des renseignements surs et bonne foi, nous la verrions réduite à un silence presque éternel.

Qu'elle se rassure ; malgré que nous ayons, aussi bien que la population anglaise, le droit d'avoir deux écoles de médecine à Montréal, nous lui dirons pour sa tranquillité, que Victoria va faire place à Laval. Nous ajouterons même pour rassurer sa touchante sollicitude, qu'à Cobourg on comprend parfaitement nos besoins et nos intérêts et que notre séparation sera ce qu'elle doit être, honorable et amicale de part et d'autres.

L'établissement de l'Université Laval à Montréal a été accueilli avec plaisir par toute la presse française de cette ville ; nous reproduisons ce qui suit de *L'Opinion Publique*.

L'un des premiers résultats de la mission de Son Excellence Mgr. Couroy au milieu de nous, sera l'établissement d'une université à Montréal.

Nous félicitons Son Excellence d'avoir enfin résolu cette question si épineuse de l'établissement d'une université à Montréal, d'avoir su concilier des droits et des exigences qui menaçaient de nous priver pour longtemps encore des bienfaits d'une telle institution.

Une nouvelle ère va s'ouvrir pour les sciences et les lettres ; les fortes études qui manquaient si cruellement dans le district de Montréal feront bientôt sentir leurs heureux effets dans les classes instruites de notre société. Toujours et partout, les universités ont été des foyers de lumière, des sources fécondes de progrès intellectuel.

Plus d'une fois nous avons constaté le bien fait par l'Université Laval ; plus d'une fois nous avons reconnu que les hommes de profession qui en sortaient l'emportaient sur leurs confrères par la science, la vraie science, la largeur des idées et la hauteur des principes en toutes choses.

Rome a apprécié le mérite et le dévouement des fondateurs de l'Université Laval ; elle a vu et compris le bien que leur œuvre faisait à la religion et à la patrie, et elle a voulu étendre la sphère de leur bienfaisante action.

Plusieurs auraient voulu voir, à Montréal, une université tout à fait indépendante de l'Université Laval de Québec, et on connaît les discussions animées qui ont eu lieu à ce sujet.

Rome ayant parlé, tous doivent s'incliner et accepter avec respect et reconnaissance une décision fondée, sans aucun doute sur la justice. Québec avait des droits acquis, on les a respectés ; Montréal demandait l'enseignement universitaire, on le lui donne. Tout le monde doit être satisfait.

Cours de neuf mois et le "Canada Medical Record."

On se rappelle sans doute qu'à l'époque où l'acte médical aujourd'hui en force, n'était encore qu'à l'état de projet, nos confrères anglais ont plus d'une fois blâmé vertement les promoteurs de cette réforme prétendue intempestive, et prophétisé qu'il n'en résulterait rien qui vaille. C'était là, disait-on, le fait de quelques jeunes gens plus ambitieux de se caser que de faire progresser la profession. Mais, qu'est-il advenu en définitive ? A force de persévérance et de sacrifices, ces jeunes

gens réussirent à faire sanctionner leur œuvre par la législation, et aujourd'hui tous les membres de la profession se trouvent très bien du Bill et de ses effets.

Une circonstance analogue étant donnée, on se serait attendu, dans le cas actuel, à plus de réserve et de circonspection de la part des dissidents ; mais, il n'en est rien et dans sa dernière livraison, le *Canada Medical Record*, voit encore des jeunes gens ambitieux à propos des cours de neuf mois et de la surcursale de l'Université-Laval. Est ce un parti pris de la part de notre jeune confrère de se dresser la lance au poing contre toute tentative de réforme et de se prevaloir d'un prétexte aussi peu plausible que celui-là. Si ce sont des jeunes gens qui ont provoqué les réformes apportées à notre législation médicale, l'accueil fait à leur œuvre par la profession les exonère de tout blâme, et si dans cette circonstance ils ont cherché leur intérêt personnel, ce n'est certes pas aux dépens de l'intérêt public.

De ce qu'on n'a pas la barbe blanche, il ne s'en suit pas nécessairement qu'il soit impossible de suggérer une idée féconde, l'esprit d'initiative n'est pas un attribut de la vieillesse et nous n'y voyons pas malice, pourvu qu'on sache ne pas présumer trop de ses forces et qu'on veuille soumettre à l'approbation de tous ce que l'on fait dans un but d'utilité générale.

Quant au manque de bonne foi dont le *Canada Medical Record* taxe impitoyablement ceux qui ont suggéré ou qui approuvent les réformes actuelles il n'y a pas lieu de prendre le reproche à cœur, vu qu'il est fondé sur des renseignements incomplets et des suppositions erronées, et puis si nous sommes trop jeunes pour faire des législateurs, nous sommes au moins d'âge à savoir apprécier nos actes et à pouvoir nous dispenser des conseils de notre obligeant confrère en ce qui concerne la bonne foi et la délicatesse. Ce serait peut-être la bonne occasion de citer le proverbe : On voit une paille dans l'œil de son voisin, etc.

Il a été question récemment, à propos des neuf mois de cours, de convoquer une assemblée extraordinaire du Bureau des Gouverneurs, on avait même obtenu les douze signatures exigées par la loi à cet effet ; or notre confrère doute fort que ceux qui désiraient convoquer cette assemblée eussent autre chose en vue que leur intérêt personnel. C'est là un avancé pour le moins curieux car si on convoque une assemblée du Bureau, il va de soi que c'est dans le but de faire peser les avantages et les inconvénients de la question et de se conformer au vœu de la majorité. Nous ne voyons pas qu'il soit possible de s'objecter à un tel procédé, ou bien qu'on nous apprenne le but d'une assemblée délibérante.

Mais ce n'est pas tout, après avoir obtenu le nombre de signatures voulu pour convoquer l'assemblée et avoir donné connaissance du fait à nos confrères, nous consentons à nous désister de notre droit et à attendre l'assemblée régulière du Bureau au mois de Mai et cela uniquement pour ne pas indisposer ou plutôt pour apaiser nos confrères. Mais que veut-on de plus ? Que nous abandonnions aussi nos opinions sans même les honneurs d'une réfutation. C'est vraiment trop exiger. Nous voulons discuter la question au mérite et nous travaillerons dans la mesure de nos forces à faire triompher un projet que nous croyons devoir être un progrès à l'avantage de tous les membres de la profession, tant de ceux qui le désirent que de ceux qui s'y opposent.

Voici quelques-uns des motifs sur lesquels nous bâsons nos convictions et nous les croyons assez élevés pour mériter la plus sérieuse considération de tout homme bien intentionné et nullement de nature à motiver l'appel aux armes du belliqueux correspondant du *Star*. Promouvoir les intérêts de la profession et suivre la marche du progrès ; rendre plus fructueux le travail de l'élève, enfin prévenir l'encombrement et donner au pays des médecins plus éclairés, tel est notre but, reste à savoir s'il est pratique et si les réformes que nous suggérons pour y arriver sont opportunes.

La profession médicale en Canada peut-elle marcher de pair avec celle de l'Europe et possédons-nous des hommes du genre des Wirchow, Robin, Simpson, Gosselin et mille autres ? Evidemment non, les célébrités sont rares chez nous et pourquoi ? L'Europe n'a pas le monopole du génie je suppose, et l'intelligence est tout aussi susceptible de se développer chez nous qu'ailleurs, chez nous aussi on trouve des gens d'étude. Mais, par malheur, la base est défectueuse et le plus souvent, l'élève une fois armé de son diplôme, échange contre son pesant de routine le peu qu'il a appris à la hâte, ou bien si ses moyens pécuniaires lui permettent de consacrer sa vie à l'étude, il oublie un peu les lacunes du début et devient un bon médecin, mais rien de plus. En Europe, l'élève est obligé d'étudier neuf ou dix mois par an pendant quatre, cinq, ou six ans et obtient un diplôme, non pas quand il a payé ses cartes, mais quand il est devenu médecin : c'est ce qui fait qu'on y voit beaucoup d'hommes célèbres et des étudiants de 7^{me} et de 10^{me} année deux phénomènes également inconnus chez nous. Ici, avec dix-huit mois d'étude (ou de cours, ce qui revient au même) et une intelligence moins qu'ordinaire on est sûr de son M. D. N'y a-t-il là, rien à réformer.

Mais comment se fait-il que nos confrères anglais si achar-

nés à empêcher l'extension de l'année scolaire, ont pourtant jugé à propos de donner pendant l'été un cours supplémentaire de trois mois? Indubitablement, n'est ce pas, ceux qui suivent ce cours acquièrent plus de connaissances que ceux qui s'en abstiennent, or serait-il donc si déraisonnable d'obliger les élèves moins studieux à profiter de ce que l'on croit utile au petit nombre, il faut à l'étudiant un autre stimulus que l'ambition et le goût de l'étude. Mais voici la grande objection de nos confrères :

Cette mesure, disent-ils, priverait la faculté de médecine de l'Université McGill d'un grand nombre d'élèves qui lui viennent d'Ontario et la ville de Montréal de sa suprématie comme centre d'éducation médicale de la Puissance. Si nous nous rappelons bien les faits, l'émigration d'Ontario à Montréal date d'une époque où l'enseignement médical en Haut-Canada était inférieur à celui de Montréal. On venait à Montréal pour acquérir une éducation meilleure; aujourd'hui les cours dans la province d'Ontario ne diffèrent pas des nôtres en durée et l'émigration persiste, est-il à présumer qu'elle cessera quand l'élève sera sûr d'acquérir ici une éducation de beaucoup supérieure, (vu la durée des cours) à celle d'Ontario? Nous ne le croyons pas. Vient-on à Montréal pour être reçu médecin plus tôt et est-ce là une raison qui fait de Montréal un centre d'éducation médicale, en ce cas, gardons-nous de l'avouer car il n'y aurait pas là motif à se gourmer, mais heureusement tel n'est pas le cas; la suprématie de Montréal est due à de tout autres motifs et devra nécessairement s'accroître en raison directe de la somme de science inculquée aux élèves. À l'appui de ces avancés, qu'on nous permette de citer le fait de la Faculté de Médecine de l'Université de Pensylvanie qui le 15 Mai 1877 décida d'augmenter d'un an la durée de ses cours, c'est-à-dire d'exiger trois ans d'étude au lieu de deux et en outre une somme additionnelle de cent piastres pour cette troisième année d'enseignement. Comme on s'attendait à une diminution considérable dans le nombre des élèves pendant les premières années du nouveau système, on vota une somme de \$70,000 pour parer aux éventualités, mais il se trouva qu'à l'entrée des cours, le nombre des élèves fut aussi grand sinon plus grand que les années précédentes et qu'il y eut 130 inscriptions nouvelles.

Voilà des faits tout récents et qui parlent d'eux-mêmes. De plus, il est facile de prévoir que là ne s'arrêteront pas les réformes dans cette institution, car le Dr. Pepper dans son discours d'ouverture, Octobre 1877, appuie avec complaisance sur ses principales règles observées par les grandes institutions

médicales, à savoir : 1o. Les examens préliminaires à l'admission à l'étude; 2o. *les neuf mois de cours par an pendant 4, 5 ou 6 ans*; 3o. les examens primaires à intervalles fixes; 4o. l'examen final sous le contrôle d'examineurs désintéressés. Le Dr. Pepper conclut avec esprit: On exige d'un barbier, trois ans d'apprentissage, d'un charpentier quatre, d'un pilote sept et certaines institutions font un médecin dans dix mois. (Clinic, 6 Oct. 1877.)

La Faculté de l'Université de Pensylvanie n'est pas seule en Amérique à marcher dans la voie du progrès, plusieurs institutions de la grande république l'ont précédé et la dépassent encore, ainsi les facultés de Médecine de l'Université de Michigan, de l'Université Harvard et de l'Université de Syracuse donnent neuf mois de cours obligatoires pendant trois ans et pourtant ne restent pas en arrière des autres sous le rapport du nombre et surtout de la force des élèves.

En second lieu si on considère l'intérêt de l'élève, il est évident que les cours de neuf mois décupleraient presque le profit qu'il retire aujourd'hui de son travail. Et d'abord, constatons qu'il est impossible sous le régime actuel de se mettre en conformité avec la loi, car le professeur ne peut avec la meilleure volonté possible donner cent vingt leçons pendant ce qu'on est convenu d'appeler un cours de six mois. Il est facile de s'en persuader par une soustraction simple, mais à cela nous ne voyons pas grand mal, car on en donne encore trop, et l'élève ahuri ne sait où donner de la tête et n'a le temps ni de préparer ses leçons, ni de relire et rédiger ses notes et il ne lui reste en somme que des fragments de théorie et le découragement en face de difficultés qui lui semblent insurmontables. Aussi, voyez à l'œuvre le nouveau diplômé, il est gauche, embarrassé par des rien ou d'une hardiesse téméraire; que chacun se rappelle son premier cas et analyse ses impressions.

Dans nos maisons d'éducation classique, on apprécie beaucoup mieux que chez les médecins l'hygiène de l'intelligence, on ne donne que quatre ou cinq heures de leçons, par jour, et on laisse à l'élève à peu près le même espace de temps pour préparer et digérer ses leçons. Il nous appartiendrait pourtant de donner l'exemple sous ce rapport.

A ces six mois d'étude forcée succèdent six mois d'inaction, car bien que l'élève soit tenu de suivre, pendant l'été, le bureau d'un médecin praticien, on sait que pratiquement la chasse, la pêche et la promenade sont la règle, et l'étude au bureau l'exception. L'élève ahuri (et qui ne le serait) dit adieu à ses livres pour ne les rouvrir qu'à l'automne et que reste-t-il alors! On le sait. On en est quitte pour reprendre le tonneau des

Danaires et oublier les branches primaires en apprenant les finales. Il y a, il faut le dire, de nombreuses exceptions à cela, mais ce sont des exceptions et la règle subsiste, aussi les élèves intelligents savent fort bien apprécier la différence des deux systèmes, et il est à notre connaissance personnelle que des élèves du McGill et du Bishop approuvent hautement le projet de l'extension de l'année scolaire.

Enfin si le McGill craint de perdre quelques élèves, pour notre part, nous ne voyons pas là un sujet de s'alarmer. Il y a déjà trop de médecins pour les besoins de la population et nous sommes menacés dans un avenir prochain d'un encombrement désastreux. Jusqu'aujourd'hui, on a fait des médecins de tout bois, marchands, cordonniers, commis, écoliers de versification, tout se diplômait en payant. N'est-il pas temps de négliger un peu la quantité pour songer à la qualité ?

L'un des principaux promoteurs des récentes réformes à la faculté de médecine de l'Université de Pensylvanie disait l'été dernier ; qu'il ne considérerait ces changements comme un progrès, que lorsqu'ils auraient eu pour effet, de diminuer considérablement le nombre des élèves.

Une immense responsabilité incombe à ceux qui sont chargés de l'éducation de la jeunesse médicale, et l'intérêt pécuniaire est un bien pauvre motif, quand les intérêts de la science et du public sont en jeu. *Excelsior*, messieurs, *excelsior*, l'honneur de notre profession le veut et la patrie le réclame.

Société Française d'Hygiène.

Société française d'hygiène, sa raison d'être, son but, son avenir. Conférence faite le 25 mai 1877, dans la salle du Boulevard des Capucines, à Paris, par M. le Dr. de Pietra Santa, rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène*.

La réforme du casernement, réduction de la mortalité dans l'armée française. Les bains-douches. Conférence faite le 12 octobre 1877, dans la salle de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, par M. T. Tollet.

Rapport des lois et des mœurs avec la population. Conférence faite le 12 octobre 1877, dans la salle de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, par M. le Dr. S. C. Maurin, président-fondateur de la Société protectrice de l'enfance de Marseille, membre du Conseil d'administration de la Société

française d'hygiène, directeur scientifique du *Journal des Jeunes Mères*.

Organisation des secours publics à Paris, par Plucide Couly.

Nous avons l'honneur d'accuser réception des brochures ci-dessus dont nous devons l'envoi à l'extrême obligeance de notre très honoré confrère, M. le Dr. de Pietra Santa. Ce sont les premières publications de la Société française d'hygiène fondée à Paris en mai 1877.

Quoique sa fondation soit encore de date bien récente, cette société compte déjà 435 membres, au nombre desquels se trouvent les médecins les plus célèbres et les plus honorés de la France et d'ailleurs; s'il eût été possible pour les fondateurs de cette société d'avoir des doutes sur sa raison d'être, en voilà plus qu'il n'en faut pour les rassurer. Et effet, cette adhésion et ce concours empressé d'un aussi grand nombre de médecins et d'hommes aussi distingués disent assez combien on approuve sa fondation, combien on admire son but et combien on a foi dans son avenir.

Nous félicitons bien sincèrement les promoteurs de cette œuvre éminemment humanitaire et patriotique du succès si mérité qu'elle rencontre.

Il nous suffit d'indiquer les titres des travaux mentionnés plus haut pour en faire comprendre l'importance et faire apprécier tout le bien qu'est appelé à faire la Société française d'hygiène pour le développement et la propagation des saines notions d'hygiène pratique.

VARIÉTÉS.

Hôtel-Dieu de Paris.—Dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, l'administration a fait réserver une salle spéciale pour la bibliothèque des internes de l'établissement.

Cette bibliothèque, qui compte déjà un millier d'ouvrages scientifiques, va bientôt s'enrichir d'acquisitions nouvelles.

Sur la demande qui lui en a été faite, le préfet de la Seine, après délibération du conseil municipal, vient d'accorder une subvention de 2,000 fr. à la dite bibliothèque.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.—Le service du Dispensaire pour le mois de décembre 1877, a été fait par le Dr. A. A. Meunier. Nombre de prescriptions 359, visites 25.

Nécrologie.—La France vient de perdre un vrai savant, un des célébrités de la médecine de vieille roche, le docteur Barthe, (ou Barth), qui a suivi de bien près dans la tombe M. Thiers, son ami.

Le docteur Barthe appartenait à l'ancienne école médicale dont il était un des représentants les plus autorisés. Sans s'opposer systématiquement aux innovations, il se tenait sur la défensive chaque fois qu'il s'agissait d'expérimenter.

Lui-même disait :

—Tant mieux pour ceux qui ont le temps d'essayer de nouveaux remèdes !, Ma carrière ne m'a pas encore suffi à apprendre ce que valent les anciens.

Le docteur Barthe était, science à part, un esprit délicat et lettré.

Son amitié pour M. Thiers était touchante de sollicitude pressée.

Que de fois, lorsque l'ancien président se prodiguait et se multipliait, voulant tout voir et tout faire par lui-même, M. Barthe le gourmanda doucement !

Comme on lui demandait un jour des nouvelles de M. Thiers, un peu surmené :

—Il va mieux dit-il. Mais pour aller tout à fait bien, il faudrait qu'il prit de mes pilules d'abdication !

Le 24 mai devait réaliser un peu plus tard ce vœu ; mais la mort ne désarma pas pour cela...

M. Barthe savait aussi trouver le mot piquant. Il le prouva dans la circonstance suivante :

A cette époque, il était président de l'Académie de médecine. Une discussion s'engagea un jour entre deux membres de la docte assemblée. Discussion pleine d'âpres personnalités et de violences peu confraternelles, qui ne tendaient à rien moins qu'à se convaincre de mutuelle ignorance.

M. Barthe, voyant la querelle s'envenimer de plus en plus, intervint à un certain moment, et interrompant la diatribe :

—J'invite l'orateur à se souvenir que nous ne sommes séparés de l'Hôpital de la Charité que par un mur mitoyen, de telle sorte que si nous nous échauffons trop, les malades finiraient par entendre.

Un éclat de rire général mit fin à la bataille.

NAISSANCE.

A Terrebonne, le 18 novembre 1877, la dame du Dr. J. S. Archambault, une fille.

Mortalité de la ville de Montréal pour le mois de Novembre 1877.

Population { Catho. 100,000 } 134,000.—Total des Décès. 268.
 { Protes. 34,000 }

1re Classe—Maladies Zymotiques.		Bronchite.....	11
Variole.....	21	Pneumonie.....	14
Rougeole.....		Autres maladies des poumons..	3
Scarlatine.....	4	Maladies des organes digestifs..	8
Diphthérie.....	35	Néphrite.....	
Croup.....	10	Maladie de Bright.....	
Coqueluche.....		Autres maladies des organes	
Fièvres typhoïdes.....	14	urinaires.....	5
Dysenterie, diarrhée, choléra		Maladies de la peau.....	6
des enfants.....			
Méningite cérébro-spinale.....	1		
Autres maladies zymotiques.....	9		
		Total.....	88
Total.....	94	4me Classe—Maladie de développe-	
2me Classe—Maladies Constitution-		ment.	
nelles.		Débilité infantile.....	11
Phthisie.....	27	Naissance prématurée.....	7
Cancer.....	5	Dentition.....	7
Autres maladies constitution-		Viellisse.....	1
nelles.....	6	Débilité chez les adultes.....	7
Total.....	38	Total.....	35
3me Classe—Maladies locales.		5me Classe—Par violence.	
Encéphalite.....	1	Accidentelles.....	3
Apoplexie.....	4	Autres maladies.....	2
Paralysie.....		Suicide.....	
Convulsions.....	15	Inconnues.....	8
Autres maladies du système			
nerveux.....	14	Total.....	13
Maladies du cœur.....	7	Morts nés.	
Maladie de l'appareil circula-		Canadiens-Français.....	9
toire.....		Canadiens-Anglais.....	1
		Protestants.....	7
		Total.....	17

AGES.	Can.-Franc. Catholiques.	Can.-Ang. Catholiques.	Protestants.	Total.
En-dessous d'un an.....	38	9	13	60
De 1 à 5 ans.....	42	13	17	72
5 à 10.....	6	4	5	15
10 à 15.....	6	2	1	9
15 à 20.....	7		1	8
20 à 25.....	10	8	6	24
25 à 30.....	8	5	7	20
30 à 35.....	10	5	5	20
35 à 40.....	4	2	4	10
40 à 45.....	6	3		14
45 à 50.....	7	5		12
50 à 55.....	3		2	5
55 à 60.....	1		1	2
Inconnus.....				
Total.....	148	58	62	268