

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Rapport triennal des procédés du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Montréal, 14 juillet 1880.

MESSIEURS,

Conformément à l'usage et à la loi, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport des procédés du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec depuis le 14 juillet 1877 à ce jour.

Si la loi nous prescrit l'obligation de faire de tels rapports à l'époque de chaque assemblée triennale, l'expérience nous en démontre l'importance et la nécessité. C'est par eux en effet que nous prenons connaissance de la position financière du Collège, des modifications que nous avons fait subir à la loi et à nos règlements, ainsi que de tous nos sujets de délibération durant cette période. Ce tableau nous met tous en état de porter un meilleur jugement sur le résultat de nos travaux, de nous faire mieux comprendre le fonctionnement de notre système médical, d'en saisir les perfections et les défauts et de voir ce qui reste encore à faire pour le rendre plus complet.

Le Bureau actuel fut élu à l'assemblée triennale tenue à Trois-Rivières, le 11 juillet 1877, sous la présidence du Dr. R. Russel, Président d'alors. La votation eut lieu au scrutin secret, et les messieurs suivants ayant obtenu la majorité des voix furent déclarés élus, savoir :

Pour la Cité de Montréal.—Les Drs. R. P. Howard, H. Pelletier, J. P. Rottot, G. C. Fenwick, A. H. David, F. W. Campbell, A. Dagenais, E. P. Lachapelle.

Pour la Cité de Québec.—Les Drs. J. A. Sewell, C. E. Lemieux, A. G. Belleau, W. Marsden, L. LaRue, M. J. Ahern, P. Wells, E. A. De St.-Georges.

Pour le District de Montréal.—Les Drs. L. R. Church, A. H. Paquet, J. Laberge, L. D. Lafontaine, J. B. Gibson, Jules Prévoist, F. X. Perrault, M. Turcot.

Pour le District de Québec.—Les Drs. Théodore Robitaille, A. T. Michaud, Jos. Marmette, L. Têtu, Chs. Gingras, L. T. S. Rou-seau, P. A. Collette.

Pour le District des Trois-Rivières.—Les Drs. (Hon.) J. J. Ross, N. G. E. Badeaux, D. Désaulniers.

Pour le District de St. François.—Les Drs. F. D. Gilbert, F. Paré, E. Worthington.

Le lendemain, les Gouverneurs nouvellement élus s'assemblèrent pour compléter leur organisation. Le Dr. Rottot fut appelé au fauteuil *pro temp.*, et on procéda à l'élection des officiers du Bureau, dont voici le résultat :

Président, Dr. J. P. Rottot ;

Vice-Président, pour Montréal, Dr. R. P. Howard ;

Vice-Président, pour Québec, Dr. C. E. Lemieux ;

Secrétaire, pour Montréal, Dr. A. Dagenais ;

Secrétaire, pour Québec, Dr. A. G. Belleau ;

Réregistrateur et Trésorier, Dr. Léonidas LaRue.

Le Bureau ne demeura pas cependant longtemps ainsi constitué, sa composition fut bientôt modifiée ; d'abord, par la nomination du Dr. E. P. Lachapelle, comme Trésorier, à l'assemblée du mois de septembre 1878, dans le but de se conformer à la loi qui statue que les charges de Trésorier et de Réregistrateur ne pourront être remplies par la même personne : et ensuite par la mort de trois de ses membres, les Drs. Peltier, Turcot et Têtu ; enfin par la résignation des Drs. Fenwick et Worthington.

Un juste tribut d'éloges fut payé par le Bureau à la mémoire de ceux que la mort nous avait enlevés, et ils furent remplacés par les Drs. Trudel, St. Germain et Grandbois. Les Drs. Fenwick et Worthington furent remplacés par les Drs. Scott et Ives.

Le premier acte du Bureau, aussitôt après son organisation, le 12 juillet 1877, fut de nommer un Comité pour préparer des Statuts, règles et règlements qui fussent en conformité avec la nouvelle loi de Médecine que la Législature de la Province de Québec venait de sanctionner.

Ces règlements furent préparés par un Comité et soumis à l'assemblée semi-annuelle du mois de septembre 1877. Le Bureau les adopta après discussion, et les fit sanctionner aussitôt par le Gouverneur-en-Conseil. Ce sont ces mêmes règlements qui furent ensuite imprimés avec l'acte médical et distribués aux membres de la profession.

Depuis longtemps les médecins de cette province éprouvaient le besoin d'un tarif qui leur permit d'exiger de leurs patients des honoraires convenables pour leurs services : le Bureau se hâta donc d'adopter au mois de septembre 1877 un tarif avec des

prix différents pour les villes et pour la campagne. Ce tarif double, qui fut sanctionné immédiatement par le Gouverneur-en-Conseil, n'eut pas le résultat qu'on en espérait : d'abord les cours de justice ne voulurent pas le reconnaître, vû certaine défectuosité dans la loi, et ensuite les médecins de la campagne se déclarèrent tout à fait mécontents du leur, par rapport à la grande différence entre leurs honoraires et ceux de leurs confrères de la ville; de sorte que le Bureau crut de son devoir d'en préparer un autre avec des prix uniformes pour les villes et la campagne. Ce nouveau tarif fut adopté à l'assemblée du mois de septembre 1879 et soumis ensuite à la sanction du Gouverneur. Malheureusement, les charges furent considérées beaucoup trop élevées et nous fûmes notifiés à l'assemblée du mois de mai dernier que le tarif ne serait pas sanctionné à moins d'être considérablement modifié. Comme notre mandat devait expirer au mois de juillet de cette année, nous avons cru plus sage de laisser à nos successeurs le soin de faire les modifications nécessaires et de préparer un tarif qui fut acceptable à tout le monde.

Ce fut encore à cette même séance du mois de septembre 1877 que le Bureau, jaloux de ses droits, résolut d'intenter une poursuite contre deux de ses membres, le Dr. Fenwick, Secrétaire du Bureau, et le Dr. Worthington, pour avoir donné la licence du Collège à plusieurs personnes contrairement à la loi, et pour avoir fait des entrées en conséquence dans les livres du Collège.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de relater au long les différentes phases de cette malheureuse affaire; il me suffira de dire, que le Bureau, après avoir obtenu un jugement en sa faveur en première instance, et après avoir pris en considération la résignation des Drs. Fenwick et Worthington, ainsi que la position de ces Messieurs, considéra que le Collège avait obtenu une satisfaction suffisante, et décida à la dernière assemblée semi-annuelle de mettre un terme à ce procès par un *nolle prosequi*.

Le Bureau désirant procurer à nos licenciés l'avantage de pouvoir pratiquer dans Ontario sans être obligés de passer un nouvel examen devant le conseil médical de cette Province, adopta à l'assemblée semi-annuelle du 8 mai 1878 une résolution donnant aux licenciés d'Ontario le droit de pratiquer ici sans examen, pourvu que le même privilège nous fût accordé. Cette résolution fut communiquée au Président du Collège d'Ontario; et à l'assemblée du mois de septembre 1878, notre Secrétaire fit rapport que le Conseil Médical d'Ontario refusait d'accepter notre licence, tant que nous n'aurions

pas un système d'examen médical identique au leur. La question depuis ce temps-là est restée dans le *statu quo*.

Ce fut aussi à l'assemblée du 8 mai 1878 que le Bureau chargea un comité de préparer un code d'étiquette médicale, qui donnerait en même temps au Bureau le pouvoir de régler les difficultés qui pourraient surgir, sous ce rapport, entre les membres de la profession. Ce comité fit rapport à l'assemblée suivante, qu'il ne croyait pas opportun pour le moment d'investir le Bureau d'une telle autorité et recommanda l'adoption pure et simple du code d'étiquette de l'Association Médicale canadienne, vu que ce code est aussi celui qui régit la profession médicale des Etats-Unis. Ce rapport fut adopté.

Malgré le peu de temps écoulé depuis l'établissement de la loi de médecine de 1877, nous avons été obligé d'en préparer une autre, parce que la dernière ne donnait pas encore au Collège sa légitime part d'influence dans notre organisation médicale. Vous vous rappelez que la loi de 1847 en incorporant la profession médicale sous le nom de "Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada" avait été rédigée dans le but de donner au collège le contrôle sur tout ce qui avait rapport à notre profession. Cependant le Bureau n'a jamais pu jouir de ce contrôle d'une manière absolue, parce qu'on avait mis dans la loi une clause qui donnait aux porteurs de diplômes universitaires le droit à la licence du Collège sans examen quant à leurs qualifications. Par cette clause le Collège perdit du coup tout pouvoir sur les étudiants en médecine de l'Université McGill et de l'Université Laval, et plus tard sur ceux de l'École de Médecine lors de son affiliation successive avec l'Université McGill et avec l'Université Victoria; de sorte qu'il fut obligé par la loi de donner sa licence à tous ceux qui se présentaient avec un diplôme, sans pouvoir s'assurer s'ils possédaient les qualifications et les connaissances requises. Le Bureau ne pouvait pas supporter une telle position; il fit, dès le début, tous ses efforts pour briser cet état de chose qu'il considérait tout à fait opposé aux intérêts généraux de la profession. La lutte fut longue et sérieuse. Il s'agissait d'enlever à des institutions honorables des privilèges importants qu'elles tenaient à honneur de conserver.

Mais, à force de persévérance, nous avons réussi à obtenir une loi qui nous donne la plénitude de nos droits. Nous avons maintenant les aspirants à l'étude de la médecine entièrement sous notre contrôle. Nous avons le pouvoir d'exiger d'eux un cours classique aussi complet que les circonstances actuelles peuvent le permettre.

Nous avons pu établir un système d'examen qui est, tout à

la fois, une sauvegarde pour nos institutions et le public en général, en prenant les Examineurs parmi les personnes actuellement engagées dans l'enseignement classique, et en dehors des institutions médicales.

Nous avons pu régler le nombre et la nature des cours de médecine ainsi que la durée des études médicales; et nous pouvons affirmer, je crois, que notre curriculum ne le cède en rien à celui des autres pays.

De plus, par nos assesseurs, nous pouvons exercer une surveillance suffisante et légitime sur nos corps enseignants; de sorte que, si, à l'avenir, il se rencontre des facultés qui ne se conforment pas à la loi, c'est nous qui devons les rappeler au devoir ou en porter la responsabilité.

Nous avons aussi tout lieu de croire, que la nouvelle loi donnera enfin aux médecins la protection qu'ils n'ont pas pu obtenir jusqu'ici contre les charlatans. Je sais bien que sur cette question on a souvent accusé les officiers du Collège de négligence et de mauvais vouloir. Il serait cependant facile de montrer combien on a été injuste envers eux, en donnant un état des nombreuses poursuites qui ont été intentées contre les charlatans. Le Bureau a fait pendant longtemps, les plus grands sacrifices pour débarrasser la Province des personnes pratiquant sans licence, mais le succès a été loin de couronner ses efforts. Je crois en effet pouvoir affirmer, qu'à l'exception de trois au plus, tous les procès que nous avons intentés depuis la formation du Collège ont été perdus, et, bien entendu, nous avons été obligé de payer les frais.

Le Bureau peu satisfait d'un tel résultat, qu'il attribuait avec raison, à l'imperfection, à l'insuffisance de la loi, résolut de ne plus donner d'autorisation pour poursuivre les charlatans, qu'à ceux qui voudraient assumer la responsabilité des frais, avec l'entente toute fois, que la totalité des amendes leur reviendrait pour leurs risques et leurs troubles. Ce système est en opération dans la Province d'Ontario et fonctionne bien. Mais nous n'avons pas pu le faire adopter ici; de sorte que très-peu de poursuites ont été intentées depuis cette décision du Bureau. Comme la loi actuelle nous permet de sévir avec plus de facilité et plus de sûreté contre les personnes pratiquant sans licence, nous avons cru devoir assumer de nouveau la responsabilité des frais dans les poursuites contre les charlatans, et nous avons adopté une résolution à cet effet à la dernière assemblée du Bureau. Cependant, nous pouvons être convaincus que nous serons encore exposés aux mêmes insuccès, si les médecins pour qui les poursuites se font ne donnent pas leur concours aux officiers du Collège. Il est tout à fait impossible

à ceux-ci de surveiller les causes qui sont dans les districts éloignés ; et si les médecins qui sont sur les lieux ne s'en occupent pas, il arrivera, comme par le passé que, jugement sera rendu contre nous faute de preuves, ou parce que les précautions suffisantes n'auront pas été prises par les avocats.

Il y a cependant dans la loi une clause qui est tout à fait opposée aux intérêts des médecins de la campagne, et que nos successeurs devront s'efforcer de faire disparaître ; c'est celle qui a rapport aux sage-femmes. Il doit être inutile de vous dire qu'un tel règlement, si opposé aux intérêts des malades et de la profession en général, n'a pas été fait par le Bureau. Nous savions trop combien l'ancien état de chose était désavantageux à nos confrères pour ne pas chercher à le faire disparaître, et nous aurions certainement mérité des reproches de votre part, si nous ne l'avions pas fait. Aussi en préparant la loi actuelle, nous avons introduit une clause déclarant, que toutes les sage-femmes, tant de la ville que de la campagne, seraient tenues de suivre un cours d'étude, de passer un examen devant un comité nommé par le Bureau, et qu'elles ne pourraient pratiquer les accouchements sans avoir une licence du Collège. Malheureusement, il nous fut impossible de faire accepter ce règlement par nos législateurs. Leur objection était tellement forte, tellement prononcée, qu'ils avaient décidé de l'annuler entièrement et de donner carte blanche aux sage-femmes de la campagne en leur permettant de pratiquer sans restriction aucune ; ce n'est que sur nos instances réitérées que nous avons pu faire accepter un amendement, obligeant, à l'avenir, les sage-femmes d'obtenir un certificat de capacité d'un médecin, avant de pouvoir pratiquer comme telle. Nous avons cru, qu'en attendant, mieux valait cette garantie que de pas en avoir du tout. Dans le cours de cette dernière période triennale, 127 aspirants à l'étude de la médecine ont été examinés et sur ce nombre 82 ont été admis. Ce résultat nous prouve avec quelle précaution ces examens sont faits, et il est pour nous la meilleure garantie pour l'avenir. Nous avons de plus donné la licence du Collège à 171 étudiants et à 17 sage-femmes. Vous verrez par le rapport du Trésorier qui va vous être soumis dans l'instant, que, malgré nos dépenses considérables durant ces trois dernières années, nos finances sont encore dans un état satisfaisant.

Le tout respectueusement soumis.

J. P. ROTTOT, Président.

Quelques erreurs en thérapeutique (1).

(Suite.)

Comme complément aux quelques réflexions que j'ai faites sur l'opium, et qui ont servi de lecture à une séance de la Société Médicale—je ferai remarquer à ceux qui étaient présents que la conclusion à ces quelques observations n'est pas la prohibition des préparations opiacées: Non. Il faut conclure tout bonnement ceci: C'est que, dans la phthisie, il convient de combattre les mauvais effets de l'opium par les moyens indiqués, pratique qui n'est pas généralement suivie:—dans la *diarrhée* ne pas recourir aussi promptement à l'opium qui combat ici un symptôme, et ne produit qu'un soulagement temporaire—la diarrhée qui est causée par la présence de matières fécales dans le dernier intestin ne saurait recevoir bienfait de l'opium; une violente purgation, au contraire est ici nécessaire.

Voilà ce qu'il faut conclure, chose que n'ont point fait la plupart des membres présents, puisqu'ils ont jugé à propos de prôner les bienfaits de l'opium, dans ces deux états pathologiques, plutôt que de reconnaître la justesse des observations du Dr Fothergill que je voulais recommander moi-même.

J'ajouterai aussi, qu'il ne faut pas oublier les indications et contre indications de l'opium en général. Ainsi quand le poulx est plein et dur, l'opium est évidemment nuisible. Si le poulx est petit, mou et dépressible on l'emploira sans crainte quelque soit l'état pathologique.

Au sujet de l'opium disons aussi que son action doit être balancée par la belladone et les purgatifs, dans certains cas il rend aussi à certains autres médicaments les bienfaits qu'il reçoit de ceux-ci. La vieille médecine a dit avec Ersenmann: tous les remèdes héroïques gagnent en vertu curative et perdent de leur propriété toxique, lorsqu'on leur associe un peu d'opium. Nous croyons qu'il y a du bon dans cette conception d'un passé loin de nous: la sagesse thérapeutique ne consiste pas seulement dans l'emploi d'agents nouveaux, des merveilles d'hier, mais bien aussi dans un choix judicieux des découvertes des pères de la médecine, de nos pères.

Or, l'opium associé aux préparations iodées, ferrugineuses,

(1) Voir les Nos. Novembre, Mars, Avril, Mai, Juin.

à certains catarthiques, le podophyllum par exemple, au mercure, à l'arsenic, à l'antimoine, rend toutes ces préparations moins intolérantes. leur enlève pour ainsi dire ce qu'elles peuvent avoir de nuisible. C'est là l'opinion formelle de grand nombre d'auteurs non seulement du vieux temps, mais de notre époque.

S. LACHAPELLE.

Communication.

Nous publions cette correspondance sans commentaires, ayant déjà eu plus d'une fois l'occasion de faire connaître à nos lecteurs notre manière de voir sur les questions qui y sont traitées.—(Note Edit.)

Monsieur le Rédacteur,

Il est pénible de voir que quelques-uns des membres du Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec négligent des questions qui intéressent, à un haut point, pour s'occuper peut-être un peu trop de l'une ou de l'autre Faculté de Médecine, ou de leur intérêt personnel.

Peut-être pourrait-on les accuser d'être cause que certains amendements urgents n'ont pas été faits à l'acte médical. Plus que cela, on pourrait même les accuser d'avoir pris tous les moyens possibles pour empêcher le bon fonctionnement de la loi qui laisse pourtant beaucoup à désirer.

On semble malheureusement oublier que le moyen le plus certain de sauvegarder ses intérêts personnels, est de travailler dans l'intérêt commun de la profession. En effet, si par une mauvaise administration de l'affaire publique, vous mettez toute la profession en souffrance, vous en sentirez bientôt vous-même les funestes effets. Et il est douteux que déjà quelques-uns des gouverneurs n'aient pas eux-mêmes à se plaindre de la position qui leur a été faite par le Bureau.

Aucune classe de la société n'est aussi maltraitée que celle des Médecins. Si vous en doutez, allez devant une cour de justice, et vous reviendrez convaincu de ce que j'avance. Certes, notre profession n'est pas assez protégée. Il est temps que Messieurs les Gouverneurs travaillent à améliorer la position du médecin, autrement, le Bureau manquera son but, puisqu'il a été formé que pour cette fin. Dans les assemblées du Bureau, toutes autres questions doivent être mises de côté,

et on ne doit avoir en vue que l'avenir de la profession. On ne doit nullement s'occuper des Facultés de Médecine. Et jusqu'aujourd'hui ce qui a paralysé les opérations du Bureau, c'est bien l'antipathie qui a régné entre les représentants de certaines écoles.

Pourquoi donc favoriser plutôt une institution qu'une autre au détriment de la Profession? Les droits des unes ou des autres prévaudront sans que le Bureau n'ait rien à y voir. Nous avons toujours pensé que le Bureau était établi dans l'intérêt de la profession seulement, et s'il en était autrement, à quoi serviraient les taxes que nous payons, si ce n'est à rendre notre position plus mauvaise. Pourtant, elle ne l'est déjà que trop, mais elle est susceptible à beaucoup d'améliorations, n'en doutons pas.

Si nous jetons un coup-d'œil chez nos voisins, nous voyons que les médecins y sont infiniment mieux protégés que nous. Ils ont des lois qu'ils font respecter. Nous, Médecins licenciés, pour Québec, nous n'avons pas le droit d'aller exercer notre profession dans Ontario, tandis qu'ici, à Québec, les rebouteurs, les ramancheurs, charlatans de toutes les espèces, y compris les sage-femmes, exploitent librement la crédulité publique.

Voilà comment notre loi nous protège, en ouvrant ses portes bien grandes à tous ceux qui veulent embrasser la profession ingrate de la médecine. Est-on refusé dans Ontario, où le Bureau ne se contente pas des degrés universitaires, mais exige que chaque candidat fasse ses preuves. Vite on passe à Québec, où on est certain d'être reçu avec reconnaissance par le Bureau de cette pauvre province, qui ne sait pas où placer tous ses médecins. Ce n'est pas ainsi que le Bureau attestera son égalité avec les Bureaux voisins, et ce n'est pas non plus par ce moyen qu'il réussira à établir la réciprocité. Le Bureau d'Ontario s'y refuse, et certes, il a bien raison.

Aussi, vous préparez à vos confrères bien des désillusions par cette conduite, et avant longtemps, nous verrons cette foule de médecins, (car déjà nous comptons un médecin par quelques cents habitants, sans compter les sage-femmes, les rebouteurs et les charlatans qui empestent la Province), après avoir sacrifié leur jeunesse et leur fortune pour l'étude de cette profession ingrate, être forcés de se livrer à toutes espèces de travaux pour fournir le pain à la famille. Ils n'auront plus un instant à accorder à l'étude. Où trouvera-t-on alors de bons médecins?

Ne dormez pas sur vos lauriers, Messieurs les Gouverneurs, vous n'avez pas encore assez mérité du public médical; vos travaux sont encore incomplets. Mettez-vous à l'œuvre avec une nouvelle ardeur.

De même les examens à la pratique de la médecine devraient être confiés à un comité de médecins nommés par les Gouverneurs, qui régleraient d'avance une fois pour toutes, sur quoi se feraient les examens, nommeraient des médecins pour préparer les questions sur chaque matière et les envoyer à un comité chargé de surveiller ces examens. Ces nominations se feraient au scrutin et ne seraient pas publiées même aux Gouverneurs qui ne connaîtraient le résultat du scrutin que lors de la plus prochaine assemblée, pour l'examen des réponses de chaque candidat. C'est, je crois, le moyen le plus certain de sauvegarder les intérêts de la profession.

Qu'une institution confère ses degrés comme il lui plaira, cela la regarde spécialement, mais tant qu'au droit de pratiquer, cela ne doit intéresser que le Bureau qui doit s'assurer par lui-même, si ceux à qui il confère ce droit en sont dignes. Par ce moyen nous rendrons justice à tout le monde, et les candidats de cette province seront traités avec autant d'égards, (et je crois qu'ils en méritent autant) que ceux qui nous arrivent avec des diplômes des Universités étrangères, et qui n'ont pu obtenir devant leur Bureau le nombre de points requis pour avoir leur licence.

C'est ainsi que se font les examens dans Ontario, et si vous voulez vous en convaincre, Messieurs les Gouverneurs, qui êtes licenciés depuis plusieurs années et même porteurs de degrés, allez demander une licence au Bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens d'Ontario. Voici comment vous serez traités.

Avant même de vous admettre à l'honneur de l'examen, on exigera tout d'abord un assez fort montant d'argent qui ne vous sera pas remis, dans le cas où vous seriez malheureux. Après cela vous aurez le droit de répondre aux questions sur toutes les matières qui peuvent être enseignées dans les meilleures Universités.

Vous subirez ainsi une épreuve de sept jours depuis 9 heures A. M. jusqu'à 5 heures P. M. Telle est la conduite tenue encore cette année, à l'égard de quelques membres du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, qui désiraient obtenir une licence du Bureau de la Province d'Ontario.

Vos réponses sont ensuite envoyées pour être examinées par le Bureau ou un comité spécial qui, le plus souvent après quelques mois d'attente, vous fait connaître que la licence vous est refusée. C'est ce qui explique que plusieurs candidats malheureux, quoique porteurs de degrés universitaires, vont de suite se présenter devant le Bureau de Québec où ils sont certains du succès, car il est très indulgent et de bon cœur, ce cher Bureau de Québec.

Je soumets ces quelques remarques à la considérations de ceux qui ont réellement à cœur le succès de la profession, et je me considérerai très heureux si je puis avoir attiré votre attention sur un sujet aussi important.

Votre, etc.,

DR. N. D.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE MÉDICALES.

De la paralysie atrophique, ou paralysie infantile. (Leçon de M. J. Simon).—La paralysie infantile a un début tout à fait spécial et presque caractéristique. *Elle débute tout d'un coup.* Ce début brusque et instantané est un fait capital. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant qui s'est couché bien portant, et qui, le lendemain à son réveil, se trouve atteint de paralysie.

C'est là le degré le plus bénin. Dans un grand nombre de cas, le début est précédé de fièvre, perte d'appétit, chaleur à la peau, avec paralysie localisée. D'autres fois, on voit des convulsions éclamptiques, de la fièvre et la paralysie. Dans d'autres cas enfin, cela commence par une "fièvre pourpre," la coloration de la peau avec paralysie, c'est rare.

A la première heure, vous voyez la paralysie généralisée à tout le corps; c'est une sorte d'affaissement de tous les muscles; le lendemain tout est paralysé. Pendant les premiers moments, il y a un état congestif comme dans une attaque, puis la congestion se modère et l'on voit la localisation de la paralysie à tel groupe, suivant l'altération des parties grises des cornes antérieures de la moëlle. On dit que la paralysie prend le plus ordinairement le caractère d'une paraplégie, je crois plutôt que la forme la plus fréquente est l'hémiplégie. Cette paraplégie s'accompagne, ou non, d'une paralysie des membres supérieurs; d'autres fois un seul membre est atteint, ou même un seul groupe musculaire, ou un seul muscle, le deltoïde, par exemple, ce qui est exceptionnel.

Il y a encore des localisations de cette paraplégie; la paralysie du membre inférieur est plus forte à gauche qu'à droite;

la jambe est plus paralysée que la cuisse, et, dans la jambe, ordinairement les muscles de la région antéro-latérale sont plus atteints que ceux des autres groupes musculaires. S'il y a une hémiplégie, le bras ou la jambe sont plus paralysés l'un que l'autre; les extenseurs de la main sont plus faibles que leurs antagonistes et la main tombe comme une patte de chien.

La sensibilité est conservée; les sens sont intacts; l'intelligence est nette; la miction et la défécation se font comme à l'état normal. On ne constate d'ailleurs point de trépidation, pas de réflexe tendineux. L'état est absolument apyrétique.

Voilà la maladie confirmée; c'est une maladie à longue échéance et *qui ne guérit pas complètement*. Mais elle a une marche très-variable; tantôt on observe une détente prompte, sans atrophie très-sensible des muscles; et, en quelques mois, les facultés locomotrices sont revenues. J'ai vu deux guérisons complètes en cinq semaines. Mais ordinairement la guérison n'est pas si rapide, ou elle ne vient pas du tout. Parfois les muscles paralysés s'atrophient en quelques semaines; et l'affection est incurable. Si l'atrophie vient vite, c'est un mauvais pronostic; elle débute toujours dans les points paralysés.

Ainsi: localisation de la paralysie, atrophie du membre, tels sont les deux premières périodes de la paralysie infantile. Ces deux phénomènes s'accompagnent de refroidissement du membre; et bientôt survient la période des difformités consécutives à l'atrophie des groupes musculaires.

Quelles sont les lésions anatomiques de la paralysie spinale atrophique? Autrefois on croyait qu'il existait une paralysie infantile *essentielle*, on ne savait alors quelle était sa nature, et l'on ignorait son anatomie pathologique. En 1864, M. Laborde fit une lésion des cordons antéro-latéraux de la moelle.

Deux ans après, Vulpian et Prévot montrèrent qu'il s'agissait d'une altération de la substance grise, Damaschino et Roger, puis Charest adoptèrent ces données. L'anatomie pathologique expliquait, en effet, tous les symptômes. Au niveau du renflement lombaire de la moelle, assez souvent aussi au niveau du renflement cervical, et tantôt des deux côtés, on trouva une altération des cordons antéro-latéraux.

Les racines rachidiennes étaient saines au début. Dans la substance grise de la corne antérieure, on constatait une congestion manifeste du réseau capillaire, avec prolifération du réseau capillaire, avec prolifération du tissu conjonctif, et atrophie des cellules de la substance grise, qui prenaient un aspect granuleux.

Ajoutons la présence de leucocytes dans la tunique adven-

tico. Les tubes de communication avec les nerfs moteurs étaient atrophiés, variqueux, moins transparents. La lésion s'étendait à la substance blanche des cordons antéro-latéraux, avec les mêmes phénomènes, surtout dans le cordon latéral. Les racines motrices ou sensibles étaient saines. Dans le reste de la moelle, on ne constatait aucune lésion.

L'état congestif, inflammatoire de la moelle, un peu plus de mollesse et de souplesse, voilà les lésions observées; non-seulement elles ne sont pas toujours doubles, mais elles sont souvent unilatérales et inégalement réparties. Sur les autres parties du cadavre, on ne trouve absolument rien. Les nerfs sont intacts. La maladie n'est donc point partie de la périphérie pour gagner les centres nerveux; elle n'est point allée du muscle vers la moelle.

Les muscles sont déjà atrophiés; le tissu conjonctif s'y développe plus abondamment; mais la fibre musculaire n'a pas encore subi la dégénérescence grasseuse. Elle est granulée; elle commence à cesser de vivre, alors se fait l'amaigrissement, l'émaciation des muscles. Plus tard, dans ces régions, l'atrophie se manifestera à l'œil nu, et à la simple inspection de la moelle, on reconnaîtra même l'atrophie des cordons antéro-latéraux et de la substance grise, parvenus à un degré avancé de ramollissement, très-rarement de sclérose. A la fin, les origines des nerfs sont atrophiées et ramollies à leur tour, et les muscles sont devenus grasseux.

Telles sont les lésions qui caractérisent la paralysie infantile.

Direz-vous de suite que le petit malade ne guérira pas? Point du tout. Vous ne le savez pas; ne vous prononcez donc point à l'avance. Dites qu'il restera plus ou moins de faiblesse, de dandinement du membre au moins, mais ne faites aucune théorie sur le processus ultérieur; il y a des cas moyens, peu graves, etc. Préparez le terrain et sachez présenter la vérité.

A la première heure, vous ne savez pas le pronostic de la paralysie; si elle est localisée et si l'on vous demande combien de temps elle durera, répondez qu'il faut attendre. Après quelques semaines, si vous perdez du terrain, dites que la maladie sera plus longue qu'elle ne le paraissait d'abord. Si vous êtes appelés au moment de la période des infirmités consécutives, occupez-vous de remédier à ces difformités.

Le pronostic! c'est en effet ce qui fait la différence entre tel ou tel médecin. Velpeau tenait beaucoup au pronostic, parce que c'est la partie la plus difficile, celle qui exige la plus longue observation des malades.

Le diagnostic de la paralysie infantile se fait facilement avec les paralysies d'origine diphthéritique par les antécé-

dents; après une angine, le nasonnement est venu, puis la paralysie du voile du palais, etc. De même pour le mal de Pott, dans lequel la paralysie ne vient point subitement. Quant au diagnostic différentiel avec la luxation congénitale, examinez la hanche comme je vous l'ai indiqué dans une précédente leçon.

Vous connaissez alors que l'enfant boite depuis longtemps, que la hauche est empâtée, la tête du fémur déplacée, le grand trochanter élevé, la cavité cotyloïde vide, etc. La paralysie des adolescents est une paralysie éphémère; la paralysie amyotrophique, pseudo-hypertrophique est très-rare et ses symptômes spéciaux.

Nous arrivons au *traitement* de la paralysie infantile. Il varie suivant les périodes auxquelles est parvenue la maladie. *Première période*: Au début, la paralysie infantile doit être traitée très-activement. Employez alors les révulsifs non douloureux, ventouses sèches, les bains d'air chaud, au besoin quelques vésicatoires, mais ceux-ci ne doivent pas rester longtemps appliqués. Ajoutez à cela les calmants, la ciguë, l'aconit (10 à 15 gouttes de teinture par jour).

A la période de la *maladie confirmée*, c'est aux stimulants que vous devrez avoir recours: teinture de noix vomique (1 gr.), associée à une teinture amère de quinquina, de cascarrille, de colombo (5 gr. de chaque, soit 15.). Un gramme de ce mélange donne une goutte de teinture de noix vomique; on prescrit deux gouttes avant le repas, et l'on va jusqu'à dix gouttes par vingt-quatre heures.

On emploie ensuite les bains sulfureux, le massage et les *courants électriques*.

Il faut savoir se servir des courants électriques. Ici, on emploie les courants doux, continus. La direction n'est pas indifférente. On les applique de haut en bas, le premier sur la colonne vertébrale, le deuxième sur les parties malades.

N'oubliez pas que cette électrothérapie peut produire des escarres (même avec trois éléments seulement). Aussi faut-il déplacer la rhéophore et l'envelopper dans un linge mouillé d'eau salée. La séance dure vingt minutes à une demi-heure tous les jours.

Si vous aviez affaire à un enfant ayant eu une méningite ou une sclérose cérébrale, suivie de paralysie, et si vous le traitiez par les courants continus, vous provoqueriez des accidents éclamptiques. Il importe donc de porter un diagnostic éclairé, et de ne pas faire de l'électrothérapie d'une façon banale.

Les massages consistent à pétrir le membre paralysé, de façon à stimuler les capillaires, et à réveiller leur tonicité.

Dans le même sens, on réussit bien avec la flagellation, les frictions avec des substances chaudes, le baume de Fioraventi, les eaux sulfureuses, les bains de mer, etc.

Plus tard, quand la maladie est déjà avancée, et que les muscles ont été envahis par la dégénérescence graisseuse, et sont, par conséquent, inaccessibles à l'électricité, vous devez avoir recours aux appareils orthopédiques, aux bottines construites pour prévenir les difformités.

A la période ultime de la maladie, quand ces difformités sont déjà produites, ces moyens mécaniques seront même impuissants.—(*Le Praticien.*)—*Le Concours Médical.*

Diagnostic entre les éruptions syphilitiques et les vaccinales.—1° Les *éruptions vaccinales* sont des affections aiguës qui s'accompagnent de fièvre; de pâleur et d'altération de la santé de l'enfant, de phénomènes généraux plus ou moins intenses.

2° Elles sont fugaces, durant huit jours, 12 jours au plus, tandis que les éruptions syphilitiques durent plusieurs mois et vont en s'aggravant.

3° Les éruptions vaccinales se manifestent au moment de la fièvre vaccinale, c'est-à-dire une douzaine de jours après l'opération. Or, pour qu'une éruption syphilitique existe, il faut beaucoup plus de temps que cela: d'abord, trois semaines pour le chancre, puis six semaines pour les accidents secondaires, en tout neuf semaines après l'inoculation.

Comment différencier la syphilis causée par le vaccin, de celle qui apparaît après la vaccination, sans être causée par cette dernière? Ainsi, par exemple, un enfant infecté de syphilis congénitale, mais n'ayant encore aucune manifestation, est vacciné comme on le fait d'habitude; il va avoir la syphilis, puisque cette affection apparaît dans les premières semaines de l'existence. Comment différencier cette syphilis post-vaccinale de la syphilis vaccinale? On conçoit l'intérêt de cette question au point de vue de la responsabilité du médecin vaccinateur.

1° Par le chancre vaccinal; 2° par l'évolution de la maladie.

1° Toute syphilis qui résulte du vaccin reconnaît comme exorde un chancre situé au point de l'inoculation et accompagné de sa pléiade ganglionnaire de voisinage. Dans la syphilis infantile, il n'y a pas de chancre; les enfants qui en sont atteints ont des éruptions, des altérations, des glandes, du foie, des os, etc.

Si donc, en qualité d'expert, vous examinez un enfant qui a eu la syphilis après avoir été vacciné, regardez le bras, voyez s'il a une induration chancreuse ou un bubon de l'aisselle. Si le chancre a disparu, vous trouverez encore l'engorgement ganglionnaire qui en est le satellite; dans le cas contraire, la syphilis n'est pas due à la vaccination.

2^o L'évolution morbide de la syphilis vaccinale est aussi caractéristique, elle se fait en quatre temps: 1^o Incubation qui dure une vingtaine de jours, 2^o explosion du chancre; 3^o nouvelle incubation durant au moins 45 jours; 4^o explosion des accidents secondaires.

La syphilis héréditaire ne présente pas ces quatre étapes successives, elle procède au hasard dans l'apparition des accidents par rapport au vaccin.

La syphilis vaccinale n'est pas toujours produite par le fait de l'inoculation d'un vaccin pris sur un sujet syphilitique. Il n'est pas impossible que l'opération ne soit pour ainsi dire que le prétexte de l'action d'un instrument malpropre précédemment souillé de vérus syphilitique. En voici un exemple: un enfant syphilitique est vacciné avec une aiguille, on abandonne cet instrument dans un tiroir; puis, un jour, un médecin non prévenu vaccine au moyen de cet instrument deux adultes auxquels il donne la syphilis.

Prenons encore un autre cas qui s'est présenté dans les vaccinations par fournées: soit A, B, C, D, E, F, G, les individus qui se présentent pour vaccinés; supposons que D soit syphilitique. La lancette qui sortira de la chair humide de D pourra, si elle est employée immédiatement, communiquer la syphilis à E. Ce cas s'est présenté (observation de Taylor). Vingt personnes sont vaccinées avec du vaccin très-pur, un enfant de 8 mois inoculé après une jeune femme, prostituée, syphilitique, atteinte de plaques muqueuses. L'enfant prit d'abord la vaccine, puis 23 jours après il contracta un chancre, et enfin 45 jours après survint une éruption secondaire. Lorrain cite un cas semblable survenu à l'hôpital Saint-Antoine et où la vaccination était faite avec du vaccin de génisse.

En pareil cas, il y a aussi danger pour la vaccinifère, et cela se conçoit si la lancette souillée du sang de la personne infectée sur le vaccinifère pour y recueillir de nouveau du vaccin. On conçoit donc l'immense importance qu'il y a à se servir d'instruments parfaitement propres et à nettoyer la lancette chaque fois qu'on reprend du vaccin.

Prophylaxie.—Comment éviter à coup sûr, ou du moins le plus sûrement possible, la syphilis vaccinale? Nous avons d'abord une sauvegarde absolue, c'est la vaccine animale, la

génisse n'étant pas susceptible de prendre la vérole, même lorsqu'on la lui inocule. Les objections principales qu'on fait au vaccin animal sont : 1^o d'échouer plus souvent que le vaccin humain ; 2^o de conférer moins sûrement la préservation contre la variole.

La première objection n'a qu'une faible valeur, car il suffit de recommencer la vaccination. La seconde aurait une bien autre importance si elle était démontrée, et nous préférerions courir le risque de la vérole que celui de la variole. Cette question ne peut être jugée que par une très longue expérience.

Il y a aussi des difficultés pratiques. On ne peut pas toujours avoir sous sa main du vaccin de génisse ; ce qui est possible à la ville ne l'est pas toujours dans les campagnes ou dans les petites localités, et en nombre de circonstances, en somme, l'on est obligé de recourir au vaccin humain. Comment faire pour se mettre le mieux possible en garde contre la transmission de la vérole ? On répondra qu'il suffit de choisir un vaccinifère qui n'ait pas la vérole, mais la chose est moins simple qu'on ne le penserait d'abord. Il existe toutefois un ensemble de moyens et de précautions qui peuvent donner la plus grande somme possible de garantie contre l'infection syphilitique.

1^o Dans la mesure du possible, s'assurer de la santé des parents, par examen, interrogatoire, etc....

2^o Si l'enfant a été confié à une nourrice, s'assurer de la santé de la nourrice.

3^o S'assurer de la santé actuelle et antérieure de l'enfant, l'examiner complètement nu, passer en revue les divers organes et surtout la peau et les muqueuses.

4^o N'accepter comme vaccinifère qu'un enfant de 3 mois au minimum, et même de 6 mois. C'est que la syphilis héréditaire, sur 158 cas, éclate 146 fois dans les 2 ou 3 premiers mois (Diday). Donc, plus l'enfant est âgé, plus il y a de chances que la syphilis se soit montrée si elle a à se déclarer.

5^o Procéder à la vaccination avec des précautions spéciales, et surtout éviter l'inoculation du sang. Pour cela n'attaquer que superficiellement les pustules, ne pas les presser ni les tourmenter, ne pas recueillir de vaccin sur une pustule déjà ensanglantée.

Il est certain que si tous ces préceptes étaient toujours observés, on n'entendrait guère parler de syphilis vaccinale. Dans certains cas en effet les précautions les plus élémentaires ont été omises. Voici un fait rapporté par M. Lecoq. On vaccine deux soldats avec du vaccin pris sur un de leurs camarades, chacun d'eux est atteint de chancres. C'est alors seulement

que l'on pense à demander au vaccinifère s'il avait la syphilis. "Certainement, répondit-il, il y a trois mois!" On conçoit qu'il eût dit tout aussi bien auparavant si on l'eût interrogé.

Malheureusement, tous les préceptes que nous venons de poser ne sont pas toujours possibles à mettre en pratique, et même encore, ils n'aboutissent pas à une sécurité absolue.

On ne peut en effet pas toujours examiner les parents de l'enfant vaccinifère; parfois l'enfant est très-beau, paraît bien portant, et pourtant il est syphilitique. Son âge même n'est pas une garantie absolue. Ainsi, dans l'épidémie de Rivalta où 38 enfants furent infectés sur 46 vaccinés, le vaccinifère était âgé de onze mois.

En médecine, la perfection, l'idéal, la certitude sont impossibles, le praticien doit viser à se mettre dans les conditions les plus favorables; ces dernières se rencontrent parfois. Dans la clientèle privée, chez certaines familles particulièrement connues de longue date du médecin qui en est le confident et l'ami, lorsqu'il naît un enfant, que cet enfant est vacciné, on peut être sûr que le virus qu'il fournira est pur. Ce sera le véritable vaccin idéal que le médecin se fera un devoir de recueillir et de distribuer autour de lui. Pour cela, il lui faudra parfois lutter contre le préjugé qui fait que les familles refusent parfois de laisser prendre du vaccin sur leur enfant; mais, fort de l'appui de sa conscience et de l'importance de sa mission, il triomphera des résistances qu'on lui opposera; tout particulièrement il devra démontrer qu'il n'y a aucun inconvénient pour un enfant à donner de son vaccin, cela ne diminue en rien la puissance préservatrice de la vaccine et c'est en somme un devoir d'humanité.

La méthode en thérapeutique.—(Par Ch. BOUCHARD, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Paris.)—Notre littérature médicale s'enrichit d'un nouveau traité de thérapeutique et de matière médicale. Le succès de l'édition allemande, la notoriété scientifique des auteurs, présagent à cette traduction une fortune qui n'a besoin pour s'établir d'aucune recommandation. Ce livre poursuivra son chemin et sera chez nous, comme il l'a été ailleurs, profitable aux élèves et aux médecins. A ceux qui ont été élevés à l'école de Paris, il ne fera pas oublier les leçons de Gubler; il n'affaiblira pas pour eux la trace lumineuse laissée par l'enseignement de Trousseau. Sa méthode n'a d'ailleurs rien de commun avec celle de ces maîtres; il s'écarte de leur

œuvre par les tendances comme par les procédés. Sous ce rapport, il offre à la critique des points intéressants de comparaison. Dégagé de toute préoccupation doctrinale, il résume avec concision, mais avec des détails suffisants, ce qui concerne la multitude des agents thérapeutiques; il est avant tout l'inventaire de la matière médicale, mais ne saurait être considéré comme le compendium de la thérapeutique; car la matière médicale n'est pas plus la thérapeutique que les moyens d'exploration ne sont la pathologie. Ce n'est pas le livre des indications, c'est le recueil des remèdes. Il vise surtout à l'application pratique immédiate. Nos compatriotes y apprendront avec intérêt ce qu'est la thérapeutique de nos voisins. Grâce à l'exposé détaillé des travaux étrangers que nous connaissons moins, et à la mention plus discrète des travaux français que nous ne pouvons pas ignorer, ils se remettront facilement en mémoire l'action physiologique des médicaments. Cette connaissance, qui date d'hier, s'impose de toute nécessité à quiconque veut pratiquer la médecine. Ce n'est pas la base de la thérapeutique; mais c'est la première condition requise pour choisir parmi les agents thérapeutiques. Connaître les effets physiologiques que provoquent les médicaments, c'est savoir comment on intervient. Si le médecin sait ce qu'il fait, il aura sans doute le désir de savoir aussi pourquoi il le fait; il recherchera les indications, se sentant capable de les remplir. Si le livre de MM. Nothnagel et Rossbach éveille cette curiosité chez le lecteur, il aura doublé les services qu'il peut rendre.

Je dois rendre hommage aux mérites de la traduction. Claire, concise, elle est en même temps d'une scrupuleuse exactitude. M. le docteur Alquier s'est acquitté avec un rare bonheur d'une tâche difficile. Grâce à lui, ce livre est devenu vraiment français, sans rien perdre de sa physionomie propre.

En m'invitant à exposer les réflexions que me suggère la publication de cette traduction, les éditeurs n'ont pas entendu me demander de faire l'analyse d'un traité qui sera entre les mains de quiconque me lira. Je n'entreprendrai donc pas de faire connaître ce qui est contenu dans cet ouvrage; je profiterai de l'hospitalité qui m'est gracieusement offerte pour soumettre au lecteur des idées que je ne juge pas indifférentes pour la pratique de notre art, et qu'il me semble bon d'évoquer chaque fois qu'on entreprend d'appliquer aux malades les agents de la matière médicale. Ce que je veux aborder, c'est la question de la méthode en thérapeutique, et je ne pense pas que nous soyons arrivés à ce point qu'il paraisse oiseux de s'occuper de méthode quand on veut faire passer une science des régions spéculatives sur le terrain de l'application.

Il est peut-être des médecins, il y a certainement des élèves qui acceptent de confiance un traitement déterminé pour chaque maladie, et qui l'appliquent indifféremment à tous les cas particuliers. Ceux-là n'ont que faire de la méthode; une mémoire bien meublée ou un recueil de recettes disposées en regard du nom de chaque maladie suffit à guider leur conduite. Le médecin qui réfléchit à d'autres exigences, une intervention aveugle lui répugne; il ne lui convient pas d'entreprendre sur la vie de son semblable sans raisons suffisantes un traitement quelconque. Il a besoin d'une méthode. Or, les méthodes en thérapeutiques sont multiples. Elles permettent d'arriver au but, tantôt par des voies directes, tantôt par des chemins détournés; le choix n'est pas indifférent; telle route convient mieux pour telle maladie ou pour tel malade, pour tel médecin ou pour telle époque médicale. Il en est en thérapeutique comme dans toutes les sciences d'observation: la variété des méthodes n'est ni une richesse ni une indigence, elle est une nécessité; les procédés varient suivant les moyens d'action et suivant le degré de connaissance qu'on a des maladies auxquelles on veut appliquer ces moyens. Beaucoup de praticiens ne se doutent pas qu'ils suivent une méthode et ne soupçonnent pas qu'il y a des méthodes. Ils suivent leur voie par routine et sans réflexion. Celui qui veut discerner et choisir est obligé de savoir qu'il y a des thérapeutiques.

Il y a d'abord une *thérapeutique pathogénique*, qui, connaissant ou croyant connaître la cause de la maladie, s'attaque à cette cause; elle distingue des causes à action passagère, mais à effets prolongés, et des causes qui s'attachent à l'organisme et exercent sur lui une action continue, permanente; elle trouve rarement l'occasion d'intervenir dans le premier cas, mais institue, dans le second, un siège régulier contre l'agent morbifique, et s'efforce de le déloger, de le neutraliser, de l'annihiler. Cette thérapeutique s'attaque aussi aux conditions secondaires anormales qui, engendrées par l'agent pathogénique, pourraient à leur tour déterminer des perturbations nouvelles. Les écarts hygiéniques habituels, les intoxications, les corps étrangers, le parasitisme, les maladies infectieuses ou virulentes, les vices constitutionnels de la nutrition, héréditaires ou acquis, sont les éléments étiologiques que cette thérapeutique s'efforce d'atteindre. Si la cause prochaine lui échappe, elle ne désarme pas, et dirige son action contre les causes de second ordre, contre ces désordres qui vont devenir causes et qui constituent l'enchaînement pathogénique des accidents successifs.

Il y a une *thérapeutique naturaliste*, qui ignore la cause pro-

ductrice de la maladie et les conditions de genèse des accidents morbides, mais qui sait que la maladie a une évolution naturelle, aboutissant généralement à la guérison. Cette thérapeutique observe sans parti pris la lutte de l'organisme et les manifestations de l'effort spontané qui tend à ramener l'équilibre. Elle constate que pour les principaux groupes pathologiques, des phénomènes particuliers précèdent l'amendement et annoncent la guérison; elle s'attache à ses symptômes pronostiques favorables et cherche à imiter, ou à favoriser, ou à provoquer ces crises salutaires, soit qu'elle produise des hémorrhagies, soit qu'elle suscite des sécrétions sudorales ou urinaires, soit qu'elle détermine des évacuations diarrhéiques. Quand elle cherche à amener un de ces mouvements naturels, elle pose l'indication d'une médication sans se préoccuper outre mesure du médicament qui la réalisera. La thérapeutique naturaliste ignore donc la pathogénie; mais elle connaît l'évolution naturelle des maladies curables, et c'est dans cette connaissance qu'elle puise ses inspirations. Si elle ne parvient pas à discerner quel mouvement organique spontané peut être utile, ou si elle ne réussit pas à le réaliser, elle se résout à attendre que la tempête s'apaise, et se borne à empêcher l'organisme de s'affaiblir, soit en lui fournissant les éléments réparateurs, soit en entretenant ou en stimulant son énergie, afin qu'il ait le temps et la force de soutenir jusqu'au bout un combat dont elle sait que la durée est limitée, mais dont elle ne comprend pas la tactique et dont elle ignore la stratégie. Elle agit comme une armée de secours qui, se sentant incapable de débloquer une ville assiégée, restreint son rôle à faire passer dans la place des vivres et des munitions. La thérapeutique naturaliste part de ce principe que ce n'est pas le médecin qui guérit le malade, mais que c'est le malade qui se guérit lui-même, grâce à la révolte spontanée de son organisme contre les entreprises de la cause morbifique.

La *thérapeutique symptomatique* ne se préoccupe ni de la cause ni du mode de genèse des maladies. Elle néglige les enseignements que peut lui fournir l'évolution naturelle et ne consent pas à imiter la nature en favorisant ou provoquant ces mouvements organiques spontanés qui paraissent être la manifestation de l'effort curateur naturel, qui sont au moins le signe précurseur de la guérison. Elle feint d'ignorer tout de la maladie et ne considère que l'état de souffrance de l'organisme, satisfaite si elle parvient à pallier quelques-uns des éléments de cette souffrance. Il lui suffit de réduire la douleur, de modérer la fièvre, de dissiper les mouvements fluxionnaires, sans se préoccuper de savoir si la fièvre ne joue pas parfois un

rôle utile, si les fluxions n'ont pas dans certains cas les résultats avantageux. En présence d'un édifice branlant et verrouillé, elle se borne à réparer les dégâts apparents, à boucher les fissures, et pense avoir rempli son rôle si la façade garde bonne apparence. Pendant ce temps, la cause morbifique poursuit son œuvre de destruction; pendant ce temps aussi, l'organisme travaille seul à la restauration.

Dangereuse quelquefois, la thérapeutique symptomatique rend souvent des services qu'il ne convient pas de dédaigner. Bien des éléments de la souffrance d'un organisme malade n'ont pas une action salutaire, et il convient de réprimer le malaise ou la douleur qui en peuvent résulter.

La *thérapeutique dite physiologique* ne diffère pas, au fond, de la thérapeutique symptomatique; elle s'engage dans la même ornière et poursuit le même but, mais avec plus de finesse et de pénétration. Elle considère les actes morbides en ce qu'ils sont, non dans ce qui les produit; mais elle ne s'attaque plus aux seuls désordres apparents ou superficiels; elle fouille plus profondément, dissèque la complexité de l'état pathologique, isole les troubles physiologiques qui le composent, et, sans s'inquiéter de leur genèse, leur oppose les agents thérapeutiques capables de provoquer des actes physiologiques inverses; aux paralysies vasculaires, elle oppose les vaso-constricteurs, aux convulsions, les agents paralysants, à l'hyperthermie les réfrigérants. La notion de la maladie disparaît, l'idée de l'évolution naturelle est méconnue. Une intervention toujours active et tumultueuse vient souvent contrarier l'effort naturel, ou, d'aventure, le ramène aux proportions régulières. Le bien comme le mal peuvent, à l'occasion, résulter d'une telle pratique.

Il ne convient pas de pousser plus loin la critique, et il serait injuste de méconnaître les services immenses que la thérapeutique physiologique a rendus. Si elle néglige trop la maladie, si elle méconnaît les indications vraiment médicales, elle a dirigé toute son attention sur les agents thérapeutiques, elle a montré l'action physiologique de chaque remède, fixé sa place, déterminé le rôle qui lui appartient. A ce titre, toutes les autres méthodes de traitement sont ses tributaires, c'est à sa source qu'elles viennent s'alimenter.

La *thérapeutique empirique* n'est pas une méthode scientifique: c'est l'œuvre du hasard, c'est l'ensemble des préceptes, des maximes, des formules, des recettes que les vieux âges, comme le temps présent, ont accumulés; c'est le monceau de ces agents thérapeutiques dont les bons effets ont été révélés par l'observation fortuite ou par les caprices de l'expérimentation.

tation. Si la science ne procède pas de cette façon, elle profite des trouvailles de ces tentatives téméraires et désordonnées, entreprises sans idée directrice ou guidées par des théories imaginaires. C'est la thérapeutique empirique qui, puisant le plus souvent à des sources peu glorieuses ou peu avouables, a accumulé ces innombrables matériaux que la thérapeutique physiologique étudie, coordonne, illumine en révélant leur action sur l'organisme, de sorte que les autres méthodes thérapeutiques peuvent les employer enfin pour réaliser les indications. La thérapeutique empirique a été le premier essai de l'esprit humain dans le domaine de la médecine. Avant d'étudier les maladies, le premier sentiment, le premier besoin a été de venir au secours de l'homme qui souffrait; on pouvait tout tenter quand on ne connaissait rien. Sur le nombre, quelques moyens se montrèrent efficaces, on en garda le souvenir qui fut conservé par la tradition. Pour étudier les maladies, leurs manifestations, leurs causes, il fallait une culture intellectuelle et des loisirs que seul pouvait donner un état social plus avancé. Quand on entreprit d'instituer la pathologie, la thérapeutique était déjà ancienne: c'était la thérapeutique empirique. Elle n'a pas disparu avec le progrès de la science; mais elle ne s'est pas bornée à ce rôle intime. Elle a appelé à son aide l'observation. Elle a reconnu que tous les remèdes qui avaient apporté du soulagement à des souffrances humaines n'étaient pas applicables à toutes les maladies: que, dans une maladie où il s'était montré utile, tel médicament ne convenait pas à tous les cas; mais que son effet avantageux ne se manifeste que dans telle forme ou dans telle période, et qu'il était réclamé seulement par telle complication ou par tel symptôme. Ainsi a pu être établi sans idées préconçues, sans visées théoriques, sans conceptions systématiques, ce que l'on a appelé les indications empiriques des médicaments.

Ce jugement porté sur la valeur comparée de divers médicaments, dans des conditions déterminées, suppose la connaissance de la marche, de l'évolution, de la terminaison naturelle des maladies cela suppose aussi que l'on peut comparer cette marche, cette évolution, cette terminaison dans les cas où la maladie est abandonnée à elle-même et dans ceux où elle est influencée par l'agent thérapeutique; or, cette détermination est ce qu'il y a de plus délicat, sinon de plus difficile, dans les appréciations médicales. Si cette abstraction qu'on nomme une maladie constitue un type défini, l'entité concrète, le malade, varie à l'infini. On peut, presque avec certitude, pronostiquer qu'un pneumonique guérira, qu'un autre pneumo-

nique succombera. En logique rigoureuse, il ne devrait être question de pronostic que pour les individus. Or, nous ne savons pas nous défendre de ce besoin fort légitime de nous renseigner sur le degré de gravité des maladies, admettant implicitement, par une sorte de sophisme, la variabilité d'un type. Pour faire cette estimation du degré de gravité d'une maladie, nous pronons des moyennes, nous additionnons arbitrairement des unités dissemblables. La logique a beau protester; il nous importe de savoir que, sur cent cas de pneumonie livrés à la méthode expectante, la mort survient onze fois. Nous cherchons à atténuer, autant que possible, l'erreur de cette donnée statistique, en ne faisant pas intervenir dans le calcul les pneumonies des enfants, qui guérissent presque constamment, ni les pneumonies des vieillards, dont la mortalité est si considérable, nous excluons également celles qui surviennent chez des sujets débilités par d'autres affections, ou celles qui se développent sous l'influence de constitutions médicales particulièrement fâcheuses; nous cherchons enfin à corriger le vice inévitable de toute statistique médicale en réunissant le plus grand nombre possible d'observations; nous arrivons ainsi à une moyenne qui ne nous satisfait pas, mais qui nous est indispensable.

Appliquant les mêmes procédés de numération aux pneumonies soumises aux divers modes de traitement, nous arrivons à de nouvelles moyennes toujours fautives, mais qui seules cependant peuvent nous permettre de porter un jugement sur les méthodes thérapeutiques. Je ne sais rien de plus barbare qu'un tel procédé de recherche, mais je ne sais rien qu'on puisse lui substituer. Ainsi s'est constituée une nouvelle méthode, la *thérapeutique statistique*. Elle est vicieuse dans son principe, elle est vicieuse dans ses procédés, elle n'est qu'un empirisme effréné, et cependant je défie que l'on apprécie sans elle la valeur d'une méthode de traitement; car elle n'est autre chose que l'observation, l'observation qui gagne en généralité ce qu'elle perd en précision. Cette méthode empirique ne juge pas seulement la valeur des empiriques, elle apprécie toutes les autres méthodes et prononce sur l'efficacité relative de tous les modes de traitement; elle pose donc à son tour des indications générales. Cette méthode tant exaltée et tant décriée n'invente rien, mais elle juge, et sa magistrature s'étend à tout ce qui a la prétention de guérir. Quelque réserve qu'il convienne de faire sur l'infailibilité de ses jugements, quelque dédain qu'on puisse afficher pour cette méthode numérique, il n'est aucun médecin qui ne lui rende témoignage: car il n'est aucun médecin qui n'ait ou qui ne désire

avoir une opinion sur la valeur relative des procédés de traitement. Nul ne les jugera d'après l'effet heureux ou malheureux observé dans un cas isolé; tous attendent pour se prononcer que l'expérience se soit multipliée. Le médecin qui invoque, à l'appui de ses préférences, l'impression qui résulte pour lui d'une pratique étendue, fait de la thérapeutique statistique, seulement il fait sa statistique de mémoire et parle à peu près. Nous avons tous de ces impressions, et il se rencontre que, si nous avons gardé les observations qui ont fait naître ces impressions, si nous les compulsions, si nous les analysons, si nous les comptons nous sommes souvent obligés de reconnaître que notre arithmétique mentale était erronée et que nos impressions étaient inexactes. Un médecin digne de ce nom saura choisir les éléments de son calcul: il n'ira pas, par exemple, appliquer à la thérapeutique des vieillards les données numériques qui semblent vraies pour la médecine des enfants; il se tiendra en défiance contre les statistiques en bloc basées sur les observations venues on ne sait d'où et placées hors de portée de la critique. Mais il maintiendra la prévalence des conclusions déduites de faits qu'il a observés, qu'il a pesés, qu'il a comptés. C'est dire que les meilleures sont les statistiques individuelles. Quand de semblables statistiques, fournies par des médecins qui savent observer et qui savent critiquer, donnent des résultats concordants, il s'établit en thérapeutique une opinion moyenne qui reste sujette à révision, mais dont il serait téméraire de ne pas tenir compte.—(*Union Médicale*).—*Le Scalpel*.

Bromure d'éthyle comme anesthésique.—Une nouvelle discussion s'est engagée sur l'emploi de cette substance qui paraît donner de très bons résultats comme anesthésique local, mais est encore très discutée comme anesthésique général. M. Terrillon l'a employé avec succès sur les hommes et les animaux. M. Berger au contraire a constaté des accidents si graves chez les animaux, qu'il hésiterait à l'employer chez l'homme; d'ailleurs les faits qu'il a vus dans le service de M. Gosselin lui font admettre que ce corps est très inférieur au chloroforme comme anesthésique. M. L. Championnière, chez une femme en couche, a vu peu de différence avec le chloroforme et se demande s'il n'y aurait pas avantage à associer le chloroforme au bromure d'éthyle, comme Billroth associe l'éther et le chloroforme.

M. Trélat à propos de cette discussion sur l'anesthésie rappelle qu'il emploie souvent une méthode qui consiste à donner

le chloral à l'intérieur quelque temps avant de faire faire les inhalations chloroformiques. M. Le Dentu constate que des accidents ont déjà été signalés à la suite de cette manière de faire.—*Journal de Médecine et de Chirurgie*

—

Deux cas de mort par le bromure d'éthyle.—On lit dans le *Philadelphia Medical Times* (5 juin 1880): "La mort d'un malade, due à l'anesthésie par le bromure d'éthyle, au Jefferson médical college Hospital, fera, nous l'espérons, reconnaître les dangers de cet agent; il s'agit d'un homme qui, au moment de subir l'opération de taille, expira tandis qu'on commençait à inciser la peau. L'anesthésie était surveillée par le Dr Leuri lui-même; il est probable qu'on ne pourra donner de cet accident aucune excuse valable. Nous apprenons d'autre part, du professeur Paucoast, qu'il vient également d'observer un cas de mort par le bromure d'éthyle. Il semble donc que, tout en rendant hommage à l'initiative et au courage de chirurgiens qui ont préconisé cet anesthésique, on ne devra l'employer désormais qu'avec la plus grande circonspection."—*Progrès Médical*.

—

Opium, quelle est sa vertu?—M. le Dr PÉCHOLIER qui a discuté cette question dans un excellent mémoire qu'il a publié dans le *Montpellier médical*, en est arrivé aux conclusions suivantes :

I.—Dans l'opinion commune, l'opium est un sédatif. Pour Brown, c'est toujours un excitant. Hufeland y voit un excitant du système nerveux. Acceptant en grande partie la manière de voir d'Hufeland, nous en différons en ce que nous ne croyons pas que la sédation du médicament auquel nous avons consacré cette étude s'exerce sur toutes les fonctions du système nerveux.

II.—Pour nous, sa seule action de sédation directe est celle qu'il détermine sur la sensibilité. Sur toutes les autres activités de l'organisme, ses effets primitifs sont excitants. Cette excitation est aussi réelle sur la motricité nerveuse, la contractilité musculaire, les fonctions intellectuelles, que sur la circulation et la respiration.

III.—A la stimulation primitive correspond un affaissement secondaire qui est d'ordinaire proportionnel à la stimulation exercée.

IV.—Mais, comme l'a établi Bernard, il est composé de prin-

cipes nombreux et disparates. Si la thébaïne, la papavérine et la narcotine sont essentiellement douées de l'excitation motrice, la codéïne, la morphine et surtout la nacéïne, sont absolument sédatives, au moins sur toutes les fonctions du système nerveux. C'est pourquoi, si la résultante opium a d'ordinaire les effets que nous venons de dire, elle peut exceptionnellement exercer d'emblée une hyposténisation sur toute l'activité nerveuse, suivant les idiosyncrasies, les divers états pathologiques et la composition du médicament lui-même. Cette exception se note surtout sur ceux qui prennent l'opium pour la première fois ou à de rares intervalles, et surtout quand les doses sont médiocres. L'accoutumance la supprime complètement.

V.—Si parfois la thérapeutique a avantage à employer isolément les principes élémentaires de l'opium, dont la vertu est moins complexe et partant plus précise, l'opium ne mérite pas la proscription dont a voulu le frapper Bernard. En bien des circonstances, il s'impose tout entier, dans son intégrité absolue car ses principes disparates au point de vue physiologique, se prêtent, comme moyen thérapeutique, un important appui, et, loin de se nuire mutuellement, font de lui le premier de tous les remèdes héroïques.

VI.—Les doses toxiques moyennes ne changent pas les effets ordinaires, mais si ces doses deviennent énormes, elle suppriment plus ou moins complètement l'excitation du début et produisent une véritable sidération.

VII.—L'excitation des facultés de l'intelligence par l'opium est plus profonde, plus puissante et plus complète que celle déterminée par le café; à l'état physiologique, chez un individu robuste et bien portant, il ne fait pas habituellement dormir. L'insomnie est beaucoup plus fréquente que le sommeil. L'habitude la rend permanente.

VIII.—Il provoque un puissant mouvement d'expansion, il augmente l'exhalation cutanée. Par contre il diminue les sécrétions internes, et spécialement les sécrétions intestinales et la sécrétion urinaire.

IX.—Il diminue plus ou moins énergiquement la désassimilation et tend à produire ce que nous avons appelé la catalepsie de la nutrition.

X.—Les indications thérapeutiques sont immenses. Il agit bien souvent comme curatif, d'autres fois comme palliatif, enfin comme correctif.

XI.—Comme agent curatif, il peut être employé dans les inflammations, dans les fièvres, dans les névroses, dans les diathèses, et les maladies de tous les organes.

XII.—Sa grande indication se trouve dans l'élément nerveux, l'élément spasme et dans l'élément douleur, qu'ils soient essentiels ou symptomatiques, et dans quelque état morbide qu'on les rencontre, pourvu qu'ils soient liés, ce qui est l'ordinaire, à l'asthénie, à la faiblesse à la dépression.

XIII.—Sa contre-indication formelle, c'est la phlogose, l'état vraiment inflammatoire, l'éréthisme sanguin, la surexcitation de la circulation et des forces.

XIV.—Tant que le pouls est petit, mou, dépressible, il est rarement contre-indiqué. Lorsque le pouls est plein, et surtout plein et dur, il est fatalement nuisible.

XV.—L'arrêt du mouvement de désassimilatson qu'il détermine justifie et explique ses grands effets contre le diabète.

XVI.—L'usage habituel de l'opium est plus dangereux encore que celui de l'alcool. La dépression profonde qu'il laisse à la suite de son administration amène nécessairement le besoin de dose progressivement croissant. Qui ne sait pas s'arrêter à temps sur cette pente semée de fleurs, mais fatale, y trouve d'ordinaire, dans un temps plus ou moins long, la cachexie, le marasme et la mort,—*Le Scalpel*.

PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES.

Réséction du genou.—La réséction du genou paraît être née en Angleterre, dans la deuxième moitié du 18^e siècle. Pratiquée d'abord avec succès, mais obscurément par Silkin, de Nortwich, en 1762, puis avec éclat et également avec succès par Park, de Liverpool, en 1781, elle fut tentée en France, vers la même époque par Moreau de Bar-sur-Ornain, qui, très probablement, ignorait le travail de Park, sur les réséctions, paru en 1782, et traduit par Lassus, l'année suivante.

Comme le chirurgien anglais, notre compatriote se proposait de détrôner l'amputation, dont on faisait alors en France un usage un peu abusif.

Malheureusement ses idées conservatrices encore prématurées, ne reçurent pas de l'Académie de Chirurgie l'accueil qu'elles méritaient; quoique *Percy*, un de ses membres les plus illustres eût assisté en 1792, à une réséction du genou, pratiquée par Moreau, sur un jeune soldat blessé, de l'armée de Kellermann.

Ce fut seulement au commencement de ce siècle, que la

grande conception de Moreau fit son chemin en chirurgie, et que les résections se multiplièrent sur toutes les parties du squelette, mais, il faut le reconnaître, avec des résultats peu encourageants pour les membres inférieurs. C'est ce qui fit peu à peu tomber ces opérations en discrédit, dans les pays même où elles avaient pris naissance, tandis qu'on les vit adopter en Allemagne, d'où leur usage se répandit en Hollande, puis en Amérique.

C'est à M. Léon Lefort que revient le mérite d'avoir réhabilité, en France, les résections de la hanche et du genou, après une enquête minutieuse faite par ce chirurgien, en Angleterre même, où Fergusson et Jones de Jersey, avaient ramené, dès 1850, la faveur des chirurgiens anglais sur ces opérations.

La résection du genou, de nouveau pratiquée, soit pour tumeur blanche, soit pour lésion traumatique, eut entre les mains de plusieurs chirurgiens de Paris, des résultats plutôt encourageants que réellement satisfaisants (6 succès sur 12 opérés.)

Toutefois la statistique générale devint de plus en plus favorable à cette opération, puisque la thèse de M. Pénidès, soutenue en 1869, relate sur 431 résections du genou, 306 guérisons et 131 décès, soit 30 %.

Depuis cette époque, les pansements antiseptiques de MM. *Alp. Guérin* et *Lister* ont changé la face de la chirurgie, quant aux résultats opératoires, et rendu pour ainsi dire innocentes des opérations que les chirurgiens n'abordaient auparavant qu'avec frayeur.

D'autre part, M. Ollier, de Lyon, a notablement simplifié le manuel opératoire des résections, et rendu leur résultat plus utile et plus sûr, par l'emploi de la méthode *sous-périostée*, qui conserve autour des jointures les tendons et ligaments, avec leurs attaches du périoste, et le périoste lui-même destiné à régénérer les têtes articulaires.

La chirurgie actuelle dispose donc de puissants moyens de succès, répondant à une interprétation scientifique logique qui, nous l'espérons, les sauvera désormais de l'oubli. Les beaux résultats qu'elle procure ne doivent pas cependant faire oublier ceux que Larry obtenait avec ses pansements rares, et, entre autres, celui de cet amputé de l'épaule, à la bataille de la Moscowa, en 1812, qui, dès l'opération terminée, se mit en route à cheval, pour la France, et y arriva sans avoir été pansé une seule fois.

Il lavait journellement l'extérieur de son appareil avec une éponge, il recouvrait ensuite le moignon d'une peau de renard, et à son arrivée dans sa patrie, trois mois et demi après son

départ, il trouva la cicatrice de sa plaie entièrement terminée. Les ligatures étaient dans l'appareil. (Clin. Chir. de J. Larrey, tom. III., p. 556-567).

Une nouvelle statistique des résections du genou, établie avec les documents recueillis depuis la mise en pratique de la méthode antiseptique pour les pansements et de la méthode sous-périostée de M. Ollier pour l'acte opératoire, est à désirer pour bien préciser dans quelle proportion cette grave opération a profité de ces heureuses innovations.

Si nous nous en rapportons à quelques recherches personnelles, on peut s'attendre à des résultats inespérés, qui n'ont d'analogie en médecine, que la réduction énorme des décès, qui suivit, en Algérie, la substitution de la médication quinique à celle des émissions sanguines; fait immense, qu'il convient de rappeler de temps en temps, à la gloire de M. Maillot, principal promoteur de cette révolution thérapeutique.

Peu d'années s'écoulaient sans que M. Richet n'ait à pratiquer une ou deux résections du genou, pour tumeurs blanches; et, d'ordinaire, cette opération est suivie de guérison. Il est d'expérience qu'elle réussit mieux chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Il reste à savoir combien de temps les sujets opérés, en général scrofuleux, jouissent du bienfait de l'opération qu'ils ont subie. C'est là un point d'interrogation qu'il convient de poser, pour la complète satisfaction de la conscience chirurgicale. Il faudrait aussi être bien édifié sur l'opportunité de cette opération, suivant l'âge, le sexe, la constitution, et le cas où un seul genou est malade, et celui où deux ou plusieurs jointures sont envahies par la même infection.

Quoi qu'il en soit, on peut voir actuellement dans la salle du service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, une jeune fille opérée d'une résection au genou gauche, le 6 juillet de cette année.

C'est une enfant de 16 ans et demi, pâle, lymphatique, très anémiée, qui est atteinte depuis plusieurs mois d'une double synovite fongueuse, l'une au poignet droit, l'autre au genou gauche.

Sa santé profondément altérée, n'autorisant aucun espoir de guérison du côté des remèdes et des moyens purement locaux, l'éminent chirurgien s'est décidé à réséquer le genou, sauf à agir plus tard sur le poignet, si cela devient nécessaire.

L'opération a consisté dans une simple incision à convexité inférieure, au-dessus de la rotule, allant d'un côté à l'autre de l'articulation. On a ensuite attiré en haut la lèvre supérieure de la plaie tégumentaire, de manière à enlever la rotule sans intéresser de nouveau la peau. Puis, on a divisé les ligaments

latéraux et croisés, détaché le périoste autour des surfaces articulaires, dans l'étendue de 6 à 7^{mm}, et emporté, à l'aide de la scie, un plateau des condyles fémoraux et du tibia de quelques millimètres d'épaisseur seulement.

Toutes les fongosités de la synoviale ont été excisées avec soin avec des ciseaux.

L'opération se trouvait ainsi terminée sans effusion de sang, à la faveur de la bande d'Esmarck dont l'enlèvement a été suivi d'hémorrhagie capillaire, comme d'habitude.

La jambe ayant été relevée et placée dans la rectitude avec la cuisse, on a exactement affronté les surfaces de section du fémur et du tibia, et on les a maintenus dans cette situation par deux points de suture métallique, l'un en dedans, l'autre en dehors du genou.

Les parties molles ont été réunies par quelques points de suture, et le membre a été placé dans une gouttière en bois, à parois latérales rabattantes et échancrées au niveau du genou, de manière à permettre l'application facile du pansement de Lister.

Les suites de l'opération ont été heureuses; la fièvre est tombée; l'appétit et le sommeil sont revenus; les forces se sont relevées; la plaie, pansée tous les jours, était dans le meilleur état, au vingtième jour.

Toutefois du pus s'étant collectionné derrière la plaie tégumentaire, on a dû y placer un drain. La guérison de cette malade paraît assurée à une époque plus ou moins prochaine.

Ce sera donc un nouveau succès à enregistrer à l'actif du pansement de Lister, succès tout au moins opératoire, s'il n'est définitif.—Dr V.—(*Le Nouveau Journal Médical.*)

—

La méthode antiseptique.—Ostéoclasie et ostéotomie.—Appareil de Rizzoli.—Du traitement préventif des déformations du bassin chez les jeunes filles coxalgiques par la fracture de la cuisse saine.—Paraphrasant un mot attribué, à tort ou à raison, à Malgaigne, je puis dire, en toute sincérité, que dans le service du professeur Gallozzi, à la clinique chirurgicale de l'hôpital *Gesù e Maria*, à Naples, j'ai vu beaucoup de bon et de nouveau, et, réciproquement. Je puise dans le tas en citant sa méthode de traitement des hémorroïdes, son procédé opératoire pour la taille, l'application qu'il a faite de l'électrolyse au traitement des kystes hydatides du foie et des courants continus à la cure des anévrysmes, etc., etc.

M. Gallozzi n'est pas seulement un habile opérateur, c'est aussi un savant très au courant de la science et qui ne refuse jamais, dans sa clinique, l'hospitalité à ce qu'il trouve bon, de quelque part que cela lui vienne.

Le professeur Gallozzi a été l'un des premiers à faire adopter et à faire connaître la méthode antiseptique en Italie, et il en a, comme tous ceux qui l'ont appliquée rigoureusement, et l'esprit dégagé de toute opinion préconçue, obtenu les plus excellents résultats. C'est ainsi qu'il vient d'opérer avec succès une désarticulation de la hanche, et successivement 9 amputations de cuisse avec un seul cas de mort, les autres ayant guéri dans un espace de temps variant de 10 à 20 jours. Mais j'en reparlerai une autre fois plus en détail. Je voulais seulement noter dès à présent que c'est un *Listerien* convaincu, et qu'il reporte les plus beaux succès qu'il obtient sur ses opérés à l'excellence de la méthode de pansement. C'est au point, me disait-il hier encore, que depuis que je la mets en pratique, on ne fait presque plus d'autopsies dans mon service. Pendant quelque temps il a employé le pansement d'Alp. Guérin, pour donner ensuite la préférence au Lister, en partie pour des raisons financières, car, en général, les hôpitaux ne sont pas riches en Italie, et il est nécessaire de compter.

L'un des grands reproches qu'on adresse chaque jour à la méthode antiseptique, c'est d'avoir entraîné les chirurgiens à entreprendre trop souvent des opérations sanglantes auxquelles ils n'auraient pas songé sans elle, et comme l'a très justement fait remarquer Nussbaum, c'est assurément là le plus bel éloge qu'on puisse faire de cette méthode. C'est ainsi, par exemple, qu'en Allemagne un grand nombre de chirurgiens ont à peu près abandonné l'ostéoclasie par l'ostéotomie, parce qu'ils considèrent qu'une plaie ouverte, pansée antiseptiquement n'offre pas plus de gravité qu'une plaie sous-cutanée. M. Gallozzi pense absolument ainsi, et il traite en général les incurvations rachitiques par la résection d'un fragment cunéiforme de l'os incurvé. J'ai dit généralement, car il emploie dans certains cas l'ostéotomie, qu'il pratique alors avec l'appareil de Rizzoli perfectionné.

J'ai observé un malade ainsi traité et dont la jambe est maintenant dans un appareil contentif.

On sait que l'appareil Rizzoli se compose de deux anneaux d'acier bien rembourrés, dans lesquels on passe la jambe, et qu'on fixe à des points convenables de chaque côte de l'endroit sur lequel doit porter la fracture. Ces anneaux sont fixés à une tige d'acier horizontale en forme de fléau de balance, qui est traversée à sa partie moyenne par une longue vis dont

l'extrémité externe se termine par une poignée et l'autre par un coussin mobile, en forme de croissant, qu'on applique sur le point du membre où l'os doit être fracturé. Tel est l'appareil primitif. Mais il a été perfectionné par Rizzoli lui-même, qui a fait adapter à chaque extrémité du fléau un dynamomètre en ressort à boudin, à la tige centrale duquel est fixé le crochet qui porte les grands anneaux externes. On peut ainsi graduer la force déployée.

Le professeur Gallozzi se loue beaucoup de cet appareil qu'il a appliqué un grand nombre de fois, sans avoir jamais observé d'accidents, à la condition d'opérer vite pour éviter toute contusion des parties molles. En le faisant manœuvrer sous mes yeux, l'illustre professeur me citait une application curieuse qui en a été faite pour la première fois par l'inventeur lui-même. Il s'agissait d'une jeune fille qui, à la suite d'une coxalgie et d'une luxation spontanée consécutive, avait un raccourcissement très considérable auquel on était venu le prier de remédier. En prévision des déformations que ce raccourcissement ferait subir au bassin, et des dangers que ces déformations pourraient faire courir à la jeune fille en cas d'enfantement, le savant professeur de Bologne pensa qu'on devait chercher à prévenir ces accidents par une intervention chirurgicale. Mais, comment intervenir?

A ce moment il était impossible de réduire la luxation, seul moyen de rendre au membre sa longueur primitive. Il pensa alors que si on ne pouvait allonger ce membre, il était moins difficile de raccourcir l'autre en le fracturant, et il proposa cette opération à la famille qui accepta. Il produisit donc avec son appareil une fracture du fémur à son tiers inférieur, laissa chevaucher les fragments et plaça le membre dans un appareil, de façon à obtenir sur lui, après consolidation, un raccourcissement égal à celui de son congénère. Le succès couronna sa tentative. M. Gallozzi approuve cette conduite sans restriction aucune.—*Le Nouveau Journal Médical.*

De quelques accidents qui peuvent survenir pendant l'opération de la thoracothèse. — Rappelons d'abord que M. Potain emploie d'habitude l'appareil qui porte son nom : le vide est fait au préalable dans un grand flacon, de telle façon qu'on n'a plus à s'occuper de faire fonctionner une pompe pendant le cours de l'opération. Le vide est seulement entretenu ou rétabli au besoin dans le flacon aspirateur, au moyen d'un petite pompe indépendante qui peut servir à

d'autres usages. L'instrument employé est le trocart à épaulement avec tube de côté.

A) Les accidents qui peuvent survenir pendant l'opération sont de diverses sortes: 1^o la *piqûre d'une côte*. On conseille ordinairement de retirer l'instrument et de ponctionner à côté. M. Potain ne recommande par cette manœuvre, d'une part, ce n'est ordinairement que le bord supérieur de la côte qui est atteint, et d'autre part, c'est la peau qui est la partie la plus sensible, aussi veut-il mieux faire dévier la pointe de l'instrument de façon à contourner le bord osseux.

2^o *La blessure du poumon*: cela peut arriver: a) en cas d'*adhérences*. M. Charcot pense qu'il est possible de diagnostiquer le siège de ces adhérences par une palpation très-minutieuse. Au niveau des adhérences pleuro-pulmonaires il y aurait un peu plus de vibrations thoraciques que dans les autres points. Il est nécessaire de faire une comparaison très-exacte avec ce qui existe de l'autre côté; il faut bien se rappeler, en effet, que la poitrine vibre très-diversement chez les différentes personnes.

b) En cas de *congestion pulmonaire*: le poumon est plongé dans le liquide et se maintient assez superficiel pour pouvoir être lésé. On reconnaît cet accident à ce qu'il produit un écoulement léger de sang au dehors.

Il est assez remarquable que d'ordinaire cette piqûre ne produit pas de pneumo-thorax; cela tient d'une part à ce qu'il y a presque toujours alors des adhérences, et d'autre part, à ce que l'instrument est fort petit. Il sort tout au plus quelques bulles de gaz, et la petite hémorrhagie vient boucher la plaie.

Ce pneumo-thorax est donc insignifiant quant à la qualité et à la quantité; il semble y avoir une grande différence entre la pénétration de l'air par le poumon et sa pénétration par la paroi thoracique. Dans le premier cas, il doit traverser le long tube des bronches et les vésicules pulmonaires qui arrêtent les particules en suspension, et qui en constituent la partie dangereuse. Lorsqu'il pénètre directement de l'extérieur, l'air amène les modifications des liquides de la cavité pleurale. Chez une femme que j'eus l'occasion d'opérer il y a dix ans, trois bulles d'air suffirent pour amener la purulence du liquide intra-pleural.

En résumé, la piqûre du poumon, que l'on doit néanmoins éviter, amène parfois, même lorsqu'on ne retire pas de liquide, un soulagement analogue à celui que procurent les ventouses; et il est rare qu'il en résulte aucune conséquence fâcheuse.

3^o Il ne faut pas oublier que l'on a quelquefois perforé le *diaphragme*, et que l'on est aussi entré dans le *péricarde* alors

que le diagnostic n'avait pas été suffisamment établi. Ce qui serait bien plus grave, ce serait la piqûre d'un anévry-me de l'aorte, qui aurait passé inaperçu, cet accident ne saurait guère, se produire que si la ponction avait été faite à la région postérieure.

4°. La blessure de l'*artère intercostale* est bien rare si l'on suit le bord supérieur de la côte; d'ailleurs un petit instrument refoulerait plutôt l'artère qu'il ne la percerait. Il faudra aussi éviter les *veines* volumineuses lesqu'on les voit à travers la peau.

B) La ponction une fois faite, il peut y avoir : *absence d'écoulement de liquide*. Cela tient à ce qu'on a pénétré dans le poumon, dans une fausse membrane, ou qu'on a décollé l'une d'entre elles ou bien encore à ce que l'appareil est bouché.

La *piqûre de poumon* donne du sang; si l'on croit être tombé sur une fausse membrane, il suffit de la refouler au moyen d'une tige mousse; on n'obtient rien si l'on a pénétré à l'intérieur d'une masse de fausses membranes. Aussi, lorsqu'on peut en soupçonner l'existence, c'est une nouvelle raison pour opérer à la partie externe, car d'ordinaire, les fausses membranes gagnent la région postéro-inférieure.

Si l'écoulement une fois établi vient à s'arrêter, cela tient à ce que le tube est bouché par un caillot fibrineux ou par une fausse membrane. C'est encore le cas de procéder au débouchage au moyen de la tige mousse. On a signalé aussi, comme raison empêchant l'écoulement, l'impossibilité que peut avoir le poumon à se laisser distendre; mais c'est bien rare, et l'aspiration produite par le vide du flacon est en général bien suffisante.

Lorsqu'on voit passer un certain nombre de *bulles d'air* dans le tubé, la première pensée qu'on peut avoir, c'est qu'il s'agit d'un pneumo-thorax. Or, bien que la rupture accidentelle d'une caverne tuberculeuse dans la plèvre soit un accident possible, cependant le plus souvent, il s'agit tout simplement d'air passant à travers les joints ou plutôt entre le verre et le caoutchouc. Il est facile en effet, de faire cesser ce passage de gaz, en plongeant l'appareil sous l'eau; le seul inconvénient qu'il y ait, c'est que l'écoulement du liquide est ralenti.

Lorsqu'il y a écoulement sanguin, nous avons vu que cela pouvait tenir à la piqûre du poumon; il cesse ordinairement assez vite, s'il persiste, il faut interrompre l'opération. Mais le sang peut aussi venir de fausses membranes qui, à un moment donné se vascularisent et laissent facilement échapper le sang contenu dans leurs vaisseaux nouvellement formés. La canule agit alors comme une sangsue.

Dans un autre ordre d'idées, les accidents de la thoracenthèse sont : la *toux*, l'*expectoration albumineuse*, la *syncope*, la *mort subite*. Occupons-nous du premier, de la *toux*. Elle n'est pas spéciale à l'aspiration, et se produisait tout aussi bien lorsqu'on se servait de la canule de Roybard. Nous l'avons rencontrée environ 28 fois sur 67 opérations; dans quelques cas elle est fort pénible, et ne se laisse pas arrêter facilement. Tantôt elle se montre dès le début, mais le plus souvent lorsqu'on a 300 à 500 grammes de liquide, parfois seulement lorsque l'évacuation a atteint 1500 à 2000 grammes. Lorsqu'on interrompt l'écoulement, la toux se calme, et en reprenant de temps en temps, on arrive parfois à terminer l'opération sans l'avoir provoqué de nouveau. M. Constantin Paul et d'autres médecins conseillent de diminuer la force d'aspiration en ne faisant que le vide imparfait; on peut aussi ralentir l'écoulement en se servant d'un trocart de petit calibre (de 1 millimètre à 1. millimètre et demi de diamètre).

On peut retirer en moyenne un litre de liquide en 5 ou 10 minutes, il ne faut pas prolonger beaucoup l'opération au delà. Du reste, il est bon de toujours être maître de la rapidité de l'écoulement, de pouvoir l'augmenter ou le diminuer à volonté. Si l'épanchement n'est pas ancien, on peut aller vite, et terminer tout d'emblée, s'il n'y a pas de bronchite de l'autre côté.

Ce qui détermine la toux, c'est, dit-on, le contact de l'air avec les bronches déshabituées de sa présence. On a pensé aussi que le contact de la canule, ou la congestion pulmonaire pouvaient en être la cause. Si l'on a lieu de supposer qu'elle est due au contact de l'instrument avec le poumon, il suffit de retirer un peu le trocart. C'est là peut-être, la cause principale de la toux, car on l'observe même alors qu'il existe un pneumo-thorax, et que le poumon ne se distend pas.

Par elle-même, du reste, la toux n'a pas grande importance, mais les secousses et les déplacements qu'elle occasionne peuvent déterminer des perforations pulmonaires. Elle est l'indice de cette hyperémie du poumon, déterminée par l'aspiration qui agit à la façon d'une énorme ventouse. Le poumon soumis à une pression extérieure, est obligé de résister à l'aide de sa seule tension. C'est pourquoi il est bon de s'arrêter de temps en temps. On habitue ainsi peu à peu les capillaires à résister par eux-mêmes. Il se produit alors un phénomène analogue à celui qui se passe lorsque le matin nous descendons de notre lit: nos pieds enflent alors subitement, et ne reprennent qu'au bout de quelques minutes leur grosseur normale.—*Le Patien-*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Nouveau moyen d'hémostasie préventive pour les opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme.—“Ce moyen, qui l'eût cru? c'est l'injection d'eau chaude, aussi chaude que la malade peut la supporter, pratiquée avant l'opération, plusieurs jours et plusieurs heures avant, suivant le temps dont on peut disposer.” (Prof^r Courty, de Montpellier.)

On pouvait jusqu'à un certain point prévoir l'utilité des injections chaudes au point de vue de l'hémostasie préventive en se rappelant les curieuses observations d'hémostasie obtenue, dans les cas de ménorrhagie et de métrorrhagie, par l'application de la chaleur plus ou moins près de l'utérus (sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude, cataplasmes), tantôt dans le vagin et jusque sur le col utérin au moyen d'injections, de lotions vaginales à l'eau chaude (Trousseau, Athill, Emmett, Noël Guéneau de Mussy, Ricord).

De l'action hémostatique à l'action résolutive ou décongestive, et par suite à l'action hémostatique préventive de l'eau chaude, il n'y a qu'une transition trop naturelle pour n'être pas aisément franchie. Aussi M, le professeur Courty dit avoir recommandé et employé avec succès l'usage renouvelé des injections d'eau chaude chez les malades atteintes de congestions chroniques, hypertrophiques, indurées.

M. le professeur Courty a encore recommandé l'emploi souvent renouvelé et prolongé de ces injections très-chaudes aux malades préparées à subir quelque opération sanglante et dont l'hypérémie accusée par la turgescence, la coloration rouge foncé, la chaleur, les pulsations et tous les autres symptômes congestifs et même fluxionnaires pouvaient lui faire redouter une hémorrhagie à la suite des solutions de continuité nécessitées par l'opération.

Ainsi ce gynécologiste a-t-il observé des hémorrhagies moins abondantes dans les cas de débridement, de résections partielles du col et de l'autoplastie de l'orifice, et même dans une opération de fistule vésico-vaginale. Ce dernier fait est relatif à une malade déjà opérée deux fois par d'autres chirurgiens, et ayant éprouvé des hémorrhagies inquiétantes. Dans l'opération que M. Courty eut à pratiquer chez cette malade, malgré la grandeur de la fistule et l'étendue des surfaces avivées, l'hémorrhagie fut insignifiante et le succès complet.

Dans les nombreuses opérations de ce genre qu'il a pratiquées jusqu'à ce jour, il n'a jamais vu un écoulement de sang moindre et en tout cas beaucoup moindre que dans aucun autre. Quand le temps le permet, M. Courty prescrit environ quinze jours avant l'opération des injections trois fois par jour avec de l'eau aussi chaude que possible (la malade opérée de la fistule vésico-vaginale assura qu'elle atteinait toujours 45° centigrades), que l'on renouvelle quelques heures avant l'acte opératoire.

En terminant, M. Courty insiste sur la manière de pratiquer les injections. Pour son compte, il se trouve très-bien de faire faire les injections simplement sur le bidet et avec une pompe qui monte beaucoup d'eau (hydroclyse de Nandinat avec grosse canule droite de Delieux de Savignac). La malade est commodément assise, elle appuie le dos au mur, elle ne mouille pas ses vêtements, et avec deux litres d'eau, la pompe reposant dans le bidet, elle ferait une injection d'une journée de durée s'il le fallait. Aussi ne répugne-t-elle pas le moins du monde à faire deux ou trois injections par jour, de dix minutes chacune. S'il s'agit de pratiquer des injections avec de l'eau chaude, pour la maintenir toujours à la même température, recommander de verser toutes les dix minutes un peu d'eau chaude dans le bidet, après en avoir retiré auparavant une égale quantité, et sans que la malade interrompe son injection, c'est-à-dire le jeu de la pompe.—*Annales de Gynécologie*.—*Lyon Médical*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE.

Oxyde de zinc dans la diarrhée.—M. Cousin publie dans le *Marseille médical* un travail qui vient confirmer les excellents effets de l'oxyde de zinc dans la diarrhée, déjà indiqués par Gubler et Bonamy et que nous avons eu l'occasion de signaler. La plupart de ces cas nouveaux étaient des diarrhées chroniques rebelles, caractérisées par des selles abondantes et nombreuses; les unes étaient dues à un simple catarrhe intestinal, les autres provoquées par une alimentation grossière ou un refroidissement, d'autres encore symptomatiques de la tuberculose. Dans tous ces cas des moyens très nombreux, opiacés, astringents, anticathartiques, etc., avait été employés sans succès. M. Roux, chef de service, eut alors recours à l'oxyde de zinc qui se fit distinguer par sa supériorité et par sa rapi-

dité d'action ; des diarrhées datant de six, quatre et trois mois étaient en effet heureusement modifiées en quelques jours après l'administration des premières doses du médicament. La formule employée, qui est aussi celle de Gubler et de Bonamy, a été la suivante :

Oxyde de zinc.....	3j
Bicarbonat de soude.....	grs X.

divisés en quatre paquets. On fait prendre un de ces paquets toutes les trois heures. L'association du bicarbonat de soude à l'oxyde de zinc rend la tolérance du médicament plus facile.
—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Traitement des sueurs nocturnes des phthisiques.
—M. Kohnhorn a eu l'idée d'employer contre les sueurs des phthisiques une poudre dont l'usage est réglementaire dans l'armée prussienne contre la sueur des pieds. Voici, d'après la *Gazette hebdomadaire* qui les reproduit d'après un journal allemand, la formule de cette préparation :

Acide salicylique	3i
Amidon.....	3iij
Talc.....	3iij

Supondrer le corps et surtout la poitrine avec cette poudre.
—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Acide tartrique dans la diphthérie.—M. Vidal préconise l'emploi topique de l'acide tartrique dans la diphthérie. Suivant lui, en effet, l'action locale sur les fausses membranes est nécessaire, parce que celles-ci ont une grande tendance à se propager par une sorte d'auto-inoculation comparable à ce qui se passe dans certaines maladies de peau. M. Vidal a indiqué à la Société de thérapeutique la formule qu'il emploie :

Acide tartrique	3ij ss
Glycérine	3ss
Eau distillée de menthe.....	3vj

L'acide tartrique agit sur la fausse membrane, qu'il transforme en une masse gélatineuse, et favorise son expulsion. On doit faire des badigeonnages toutes les trois heures environ, et les faire suivre quelque temps après d'une application de jus de citron.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Moyen pour ôter son mauvais goût à l'huile de foie de morue.—M. le Dr de Pontévés recommande de mêler intimement une cuillerée à bouche de cette huile avec un jaune d'œuf et dix gouttes d'alcoolat de menthe, puis un demi verre d'eau et du sucre, de manière à obtenir un lait de poule, qui diffère très peu du lait de poule ordinaire. De la sorte on ne retrouve, ni le goût, ni l'odeur caractéristiques de l'huile de foie de morue, et les malades prennent ce liquide sans répugnance. En outre, l'huile étant rendue miscible avec l'eau en toutes proportions, est véritablement émulsionnée comme les graisses au moment où elles pénètrent dans les vaisseaux chylifères, par conséquent, l'absorption en est plus assurée. (*J. de méd. et de pharm.*)

Nous avons déjà indiqué ce moyen pour faire absorber l'huile de ricin : avec cette dernière on obtient en général une purgation par ce que les huiles végétales sont plus difficilement digérées que les huiles animales. Mais s'il se montre aussi de la diarrhée pendant l'emploi de l'huile de foie de morue, il faut en cesser l'usage, elle ne peut être alors que nuisible. Pour en faciliter l'absorption, il faut faire un certain exercice qui permet à l'organisme d'en effectuer la combustion, ce n'est qu'à cette condition qu'elle peut se montrer efficace.—*Le Praticien.*

Vomissements incoercibles de la grossesse.—M. SÉE indique les deux moyens qu'il emploie le plus souvent chez les femmes enceintes de vomissements incoercibles. Le premier consiste dans l'emploi de l'alcool sous forme ou d'eau-de-vie ou de kirsch à la dose d'un verre à liqueur environ à chaque repas ; mais il est nécessaire de continuer ainsi l'usage de ce médicament pendant longtemps pour réussir. L'autre moyen est le bromure de potassium qu'on doit donner à la dose de trois ou quatre grammes par jour ; ce procédé n'a aucun inconvénient ni pour la mère ni pour l'enfant. M. Sée dit même avoir vu un enfant naître avec de l'acné bromurique sans que sa santé générale eût été le moins du monde altérée, malgré le véritable état de saturation par le médicament ; en trois ou quatre jours son éruption qui avait été prisé par un médecin pour un syphilde, disparut complètement sans laisser de traces. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)—*Le Concours Médical.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, SEPTMBRE 1880.

Comité de Rédaction :

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

Bureau Provincial de Médecine et Assesseurs.

Le Bureau des Gouverneurs qui vient d'être remplacé à eu à subir de la part d'un certain nombre de médecins tant de récriminations et une critique si peu flatteuse de ses actes que s'il fallait prendre toutes ces diatribes au pair on devrait se demander comment 800 médecins, y inclus les mécontents, ont pu se tromper si gravement sur la valeur morale et intellectuelle de quarante représentants choisis après mûre délibération, et comment il se fait qu'après toutes ces récriminations, la profession appelée à se prononcer de nouveau, a élu un Bureau composé en très grande majorité des mêmes gouverneurs. Tout semble facile à certaines gens parce qu'ils ignorent la distance qui sépare la pratique de la théorie, le projet de l'exécution.

On vous a fort bien dit à l'école comment appliquer le forceps et comment faire la version podalique, cela paraissait si simple ! Quelle mine faisiez vous au premier cas qui s'est présenté dans votre pratique ? Probablement celle du pire des gouverneurs en présence d'une réforme à opérer. Si vous êtes devenu expert en ces matières, vous devriez savoir ce que coûte l'expérience.

Le premier Bureau a accompli de bonnes choses que nous ne voulons ni répéter ni discuter, et quant à ce qu'il n'a qu'ébauché nous devons être assez justes pour tenir compte des difficultés que le temps et les circonstances ne lui ont pas permis de surmonter et lui savoir gré de l'expérience acquise comme d'un capital dont nous retirerons sous peu les intérêts. Il est plus facile d'apprécier que d'agir, rappelons nous le proverbe vulgaire " Grand parleur, petit faiseur " il contient un enseignement très pratique.

Après ces remarques qu'il nous soit permis de signaler au Bureau un danger qu'on saurait lui reprocher plus tard de n'avoir pas évité. C'est à propos de la nomination des Asses-seurs. A la dernière assemblée on a peut-être fait la chose un peu trop en famille et on a paru oublier le but qu'on se propose d'atteindre au moyen de ces assesseurs, à savoir de contrôler les examens pour l'admission à la pratique et de donner à la profession une garantie que ses intérêts seront sauvegardés avant ceux d'une école en particulier. Si on laisse les Universités et les Ecoles choisir leurs propres assesseurs, ils deviennent pour le moins inutiles et toute garantie disparaît. Le choix de ces officiers appartient essentiellement au Bureau et un simple motif de convenance et d'amour propre devrait suffire à retenir les Ecoles d'y prendre part, des lors que leurs intérêts ne sont pas ouvertement lésés. Quand on a la conscience d'avoir fait son devoir on ne craint pas plus la critique d'un étranger que celle d'un ami. Nous ne prêtons aucune mauvaise intention aux parties intéressées en cette circonstance, mais nous sommes d'avis que la manière dont les choses se sont passées à la dernière assemblée n'est pas exempte de dangers. C'est déjà assez que le Bureau soit obligé de donner sa licence aux porteurs de diplômes universitaires; laissons à la profession la garantie que les assesseurs sont nommés par elle et pour elle.

En outre le Bureau tend à établir un antécédent de nature à compromettre la bonne entente entre la profession et les Universités, celui de réélire indéfiniment les mêmes assesseurs. Or ceci ne saurait être avantageusement admis en principe, la position d'assesseur déjà si délicate deviendrait par ce fait encore plus difficile et moins avantageuse pour la profession. Qu'on réélise les mêmes officiers plusieurs fois de suite, nous n'y voyons pas d'objection si le Bureau y trouve sa garantie. Mais que ces réélections ne servent pas d'antécédent et que la Profession se réserve le plein droit de changer les assesseurs quand bon lui semblera sans que l'officier remplacé ait le droit de s'en formaliser. En un mot qu'on ne donne jamais aux assesseurs le droit de se croire inamovibles.

Association Médicale de Montréal.

La treizième assemblée annuelle de cette association a eu lieu à Ottawa, le 1er et le 2 de septembre courant, dans les édifices du Parlement.

Au nombre des membres présents, se trouvaient MM. les Drs R. P. Howard, Montréal; A. H. David, Montréal; C. Robillard, Montréal; Sullivan, Kingston; Clark, Toronto; Bray, Chatham; Mullin, Hamilton; Rottot, Montréal; Burritt, Petersburg; Fulton, Toronto; Hingston, Montréal; Osler, Montréal; Reeve, Toronto; Powell, Ottawa; Lamarche, Montréal; Hill, Ottawa; Zimmerman, Toronto; Grant, Ottawa; E. P. Lachapelle, Montréal; Potter, Plantagenet; Marsden, Québec; Duplessis, Richmond; Brunelle, Montréal; Ganniff, Toronto; Howard, St-Jean; Prévost, St-Jérôme; Ross, Montréal; Prévost, Ottawa; Gardner, Montréal; Whiteford, Ottawa; Shepherd, Montréal; Wilson, Ottawa; Bell, Montréal; Wright, Ottawa; Campbell, Seaforth; Laptorn Smith, Montréal; Robillard, Ottawa; Wright, Toronto; Dickson, Pembroke; Riddell, Toronto; Cranston, Arnprior; Fulton, Toronto; Harrison, Selkirk; Workman, Toronto; Lafferty, Pembroke; Beatey, Richmond, etc.

L'Association Médicale des Etats-Unis était représentée par MM. les Drs W. Brodie, Détroit; G. B. Lester, Oswego; D. H. Goodwillie, New-York; B. N. Brush, Utica.

M. le Dr R. P. Howard fit ressortir, dans son adresse comme président, les avantages que cette association offre à la profession médicale du Canada. Il fit voir que cette association avait été la première à demander que les examens préliminaires pour l'admission à l'étude de la médecine fussent conduits par un bureau d'examineurs choisis en dehors de la profession et actuellement engagés dans l'enseignement classique, et aussi que la durée des études médicales fût au moins de quatre ans.

Abordant ensuite l'importante question de l'hygiène publique et privée, il fit voir les grandes réformes qui sont nécessaires, et insista sur l'appui que le gouvernement devrait donner à la profession pour les obtenir.

Il se prononça ensuite fortement en faveur de l'organisation dans tout le Canada d'un système complet d'enregistrement des naissances, des mariages et des décès.

Puis passant à la question de l'ivrognerie, il attira l'attention de l'assemblée sur les ravages que produit cette plaie sociale; et se prononça en faveur de l'établissement d'asiles spéciaux pour les ivrognes, et subventionnés par le gouvernement au moyen d'un pourcentage sur le revenu provenant de l'impôt sur l'importation et la vente des boissons alcooliques.

Ayant ensuite démontré les inconvénients du système actuel d'expertises médico-légales, il insista sur la nécessité pour le gouvernement de nommer des spécialistes pour conduire ces expertises, et il termina son adresse en démontrant les avan-

tages que retirerait le pays de l'organisation d'un système complet de bureaux de santé, composé d'un bureau dans chaque province et d'un bureau central à Ottawa.

Au cours de ses remarques, Monsieur le Président se plaint avec raison du peu d'intérêt que semblent prendre les médecins membres du parlement à la législation qui concerne les questions médicales et hygiéniques, tandis que c'est eux qui devraient prendre l'initiative de toutes les réformes reconnues utiles ou nécessaires par la profession.

L'Association se divisa ensuite en deux sections, l'une médicale et l'autre chirurgicale, pour entendre et discuter les travaux suivants contenus sur l'ordre du jour :

Section chirurgicale : Lésions du cerveau, Dr D. Clark, Toronto; cas d'opérations palpébroplastiques, Dr R. A. Reeve, Toronto; traitement des blessures chirurgicales, Dr W. H. Hingston, Montréal; traitement chirurgical des lacérations du col de l'utérus, Dr T. K. Holmes, Chatam; un cas de la maladie de la jointure du coude suivi de résection, Dr W. Caniff, Toronto; tumeur fibroïde de la vessie, Dr J. Fulton, Toronto; cancer médullaire du foie, Dr W. C. Covernton, Toronto; sur les effets thérapeutiques et toxiques des diverses espèces de rhus, Dr J. W. Burgess, London.

Section médicale : Localisation des maladies cérébrales, Dr Workman, Toronto; paralysie spinale et pièces anatomiques faisant voir l'anatomie pathologique du cerveau et de la moëlle épinière, Dr Osler, Montréal; l'abandon de la saignée, Dr Hill, Ottawa; paralysie musculaire pseudo-hyperthrophique, Dr J. Fulton, Toronto; la culture du cerveau, Dr J. A. Grant, Ottawa; traitement préventif de l'hémicranie par le Cannabis Indico, Dr J. Stewart, Brucefield; sur l'emploi de l'alcool dans la pneumonie, Dr L. C. Prévost, Ottawa; le thé comme agent thérapeutique important, Dr J. A. Sewell, Québec; rein flottant, Dr W. Marsden, Québec.

Le premier septembre au soir, tous les membres de la convention, au nombre d'au-delà de cent, prirent part, dans les salles du Russell House, à un magnifique dîner qui leur était offert par les médecins de la ville et du district d'Ottawa.

L'élection des officiers de l'Association pour l'année courante, a donné le résultat suivant :

Président, Dr W. Caniff, Toronto; Secrétaire, Dr A. H. David, Montréal; Trésorier, Dr E. Robillard, Montréal.

Vice-Président pour Ontario, Dr J. A. Mullin; Secrétaire, Dr Wright.

Vice-Président pour Québec, Dr Fenwick, Montréal; Secrétaire, Dr Belleau, Québec.

Vice-Président pour la Nouvelle-Ecosse, Dr Parker; Secrétaire, Dr Lawson.

Vice-Président pour le Nouveau-Brunswick, Dr Rotsford; Secrétaire, Dr Inches.

La prochaine assemblée annuelle de l'Association aura lieu à Halifax, le premier mercredi d'août 1881.

Brochures-reçues.

Anaesthesia by Ethyl bromide by H. AUGUSTUS WILSON, M.D., Ophthalmic and Aural Surgeon to St. Mary's Hospital, Philadelphia.

Diabetic cataract, Iritis, &c., a clinical lecture delivered at the Michigan College of Medicine, by C. J. LUNDY, M.D., Professor of Clinical Diseases of the Eye and Diseases of the Ear and Throat.

Sympathetic Affections of the Eye, by C. J. LUNDY, M.D., Professor of Clinical Diseases of the Eye, &c.

Calcium Salicylate in the serous diarrheas of infants, by ALEXANDER HUTCHINS, M.D.

Quebec Harbor Commissioners' Reports for the year 1879.

Départs.—M. le Dr Arsène Godin, de Lacolle, s'est embarqué pour l'Europe le 6 août dernier. M. le Dr Godin se propose d'y passer un an ou deux pour compléter ses études.

—M. le Dr Ernest Lacailles, de Montréal, est parti pour l'Europe le 28 août dernier. M. le Dr Lacailles se propose de passer quelques années en France, en Angleterre et en Allemagne pour y compléter ses études médicales.

VARIÉTÉS.

Académie de médecine. *Emploi de la margarine.*—M. Riche a été appelé à faire un rapport sur l'emploi d'une substance, dont l'usage tend à se répandre de plus en plus et par

conséquent intéresse à un haut point l'hygiéniste. La margarine ayant été substituée au beurre dans la cuisine de l'asile de Ville-Évrard, l'Académie avait été appelée à donner son avis sur la possibilité de substituer ce corps gras au beurre. M. Riche a d'abord fait remarquer que la plus grande partie de la margarine fabriquée à Paris, était expédiée en Hollande, d'où elle se répandait ensuite dans les colonies et l'Angleterre et que l'autre quittait Paris pour la Normandie et la Bretagne, d'où elle revenait incorporée en plus ou moins grande quantité aux beurres de ces pays. La margarine fabriquée d'abord d'après le procédé Mège avec des graisses de choix et par des moyens assez compliqués, est aujourd'hui faite dans de toutes autres conditions. Elle est faite beaucoup plus économiquement; on la mélange d'huile d'arachides et on obtient ainsi un produit impur d'une grande importance dans l'hygiène si l'on songe qu'il s'en fabrique plus de 15 000 kilogrammes par jour à Paris et dans les environs. Le goût communiqué par cette substance est âcre, infiniment désagréable et ce n'est que dans certaines conditions toutes particulières qu'on peut la rendre tolérable. D'ailleurs l'analyse indique que tandis que le beurre renferme 85 à 90 pour 100 d'acides gras insolubles dans l'eau, la margarine en contient 95 pour 100 environ. Aussi, malgré l'économie très sensible qui résulte de son emploi, la Commission a-t-elle jugé qu'on devait la rejeter d'une façon absolue.—*Journal de Médecine et de Chirurgie.*

Des morts subites causées par l'excitation politique.—Les derniers élections en Angleterre, qui ont amené le parti libéral au pouvoir, ont occasionné comme d'habitude un assez grand nombre de morts subites. Rien que dans l'élection de Birmingham on n'en signale pas moins de quatre, presque toutes arrivées à des orateurs de clubs ou de réunions publiques, après des discours agités. Il faut reconnaître toutefois que dans leur ensemble, et après avoir recueilli les renseignements les plus circonstanciés sur tous les points du royaume, ces morts subites ont pour la plupart frappé des personnes qui passaient pour avoir une affection cardiaque. On comprend facilement que les longs discours, les cris, les bravos prolongés ne conviennent pas à des ventricules dilatés et amincis, joints à des emphysèmes pulmonaires. C'est donc un devoir pour le médecin de mettre en garde ses clients suspects, aux époques de renouvellement des Chambres.

Il est encore un fait bien curieux à signaler, et qui ne s'est

pas encore produit, que nous sachions Parmi ces nombreux cas de mort subite, aucun n'a eu lieu chez les tories, qui se sont sans doute moins surexcités que leurs heureux rivaux.—(*British medical journal.*)—*Lyon médical.*

Sur un procédé rapide d'analyse du lait.—M. Adam donne un nouveau procédé d'analyse du lait basé sur le fait suivant :

Voulant se rendre compte des réactions qui s'accomplissent entre les liquides mis en présence dans l'appareil de M. Marchand, il a observé que la couche éthéro-butyreuse supérieure n'est nullement une combinaison à proportions définies, mais qu'à mesure qu'on augmente la quantité d'eau la couche inférieure s'enrichit en caséine et en lactose, tandis que la couche supérieure, confondue à partir d'un certain moment avec la couche intermédiaire, s'enrichit en beurre et finit par le renfermer tout entier, à l'exclusion des autres principes du lait.

On comprend dès lors aisément le parti que M. Adam a tiré de cette découverte.

Dans une sorte de burette à robinet inférieur, il introduit successivement :

- 1^o 10 centimètres cubes d'alcool à 75 degrés ;
- 2^o 10 centimètres cubes de lait additionné de 1 goutte de soude caustique ;
- 3^o 10 centimètres cubes d'éther pur.

Après agitation, le liquide se divise en deux couches.

La couche inférieure, soutirée avec soin, renferme la caséine, le sucre de lait et les sels qu'on sépare et qu'on dose par les procédés ordinaires.

La couche supérieure ne renferme que le beurre et le renferme tout entier. Pour en connaître le poids, il suffit donc d'évaporer et de peser.

En opérant sur 100 grammes de lait, l'auteur a recueilli 3 g, 27 de caséine, qui, après dessiccation et pulvérisation, ne céda à l'éther chaud aucune trace appréciable de matière grasse et ne laissa que 13 milligrammes de cendres après calcination (soit 04 pour 100 environ du poids de la caséine).—(*Thèse de Paris.*)—*Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale.*

DECES.

A Montréal, le 9 août dernier, à l'âge de quinze jours, Maria-Anna-Deïphine, enfant du Dr A. Degenais.

MESURES LINÉAIRES.

Millimètre,	0.001 mètre, équivaut	0.03937 pouce.
Centimètre,	0.010 " "	0.39370 " "
Décimètre,	0.100 " "	3.93707 pouces.
MÈTRE,	1. " "	39.37079 " "
Décamètre,	10. mètres, " "	10 verges 33.7079 pouces.
Hectomètre,	100. " "	109 " 13.0790 " "
Kilomètre,	1000. " "	1093.633 verges.

Un pouce anglais égale 25.4 millimètres. La pièce de cinq centins, en nickel des Etats-Unis, mesure deux centimètres de diamètre et pèse 5 grammes. Le mètre était autrefois considéré comme la quarante millionième du méridien terrestre. on a depuis découvert qu'il s'en faut d'un quatre millièmes qu'il atteigne cette longueur, mais ceci n'affecte en rien l'utilité et la précision du système métrique.

PESANTEURS.

Milligramme	0.001 gramme égale	0.015 grain.
Centigramme	0.010 " "	0.154 " "
Décigramme	0.100 " "	1.543 grains.
GRAMME,	1. " "	15.432 " "
Décagramme,	10. grammes " "	2 drachmes 34.323 grains.
Hectogramme,	100. " "	3 oz. 1 drachme 43.234 grains.
Kilogramme,	1000. " "	32 " 1 " 12.348 " "

Le poids d'un gramme égale celui d'un centimètre cube d'eau distillée à 4° C. (39.2° F.)

