

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.

Du développement de la Profession Médicale en Canada. (1)

DISCOURS PRONONCÉ A L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

A CHATHAM, ONT., LES 2 ET 3 SEPTEMBRE 1885,

Par WM. OSLER, M.D.,

Président de l'Association, Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Pensylvanie.

Permettez-moi de toucher ici à une ou deux questions se rapportant aux Bureaux de Médecine. Une anomalie qui a été le point de départ de discussions très animées existe dans le fait même des liens étroits qui nous rattachent à notre Mère-patrie. Tout praticien enregistré en Angleterre sous l'Acte Britannique actuel peut se faire enregistrer dans les colonies sans subir d'examen ultérieur. Pendant quelques années, Ontario a lutté contre ce prétendu droit qui fut définitivement établi par l'enregistrement du Dr E. St G. Baldwin, en 1879, et du Dr A. E. Mallory, en 1880; depuis lors, plusieurs se sont fait enregistrer sans examen. Le Bill Médical, qui a été rejeté par la Chambre des Communes, l'année dernière, contenait une clause permettant aux colonies d'adopter tous les règlements jugés nécessaires et opportuns au sujet de l'enregistrement, et il n'y a pas de doute qu'un semblable proviso ne se rencontre aussi dans le prochain Bill. Les objections que l'on a à accepter, ici, l'enregistrement anglais sont précisément les mêmes que celles que l'on a en Angleterre à accepter l'enregistrement canadien. Les examens se subissent devant des corporations dont la valeur scientifique est susceptible de varier, dont personne ne connaît la manière de procéder et sur lesquelles aucun contrôle n'est exercé! Mais dans Ontario, c'est ailleurs que blesse le bât. Aussitôt qu'ils ont pris leurs degrés, les étudiants peuvent s'y jouer du Bureau en allant se munir d'un diplôme quelconque en Angleterre ou en Ecosse, s'y faire enregistrer, puis revenir ici et prendre leur licence sans autre examen. L'inconvénient à ceci gît dans le fait que beaucoup de sujets ont de la sorte éludé les règlements de la profession dans leur province, et sont revenus avec une licence anglaise alors qu'ils n'auraient pu subir d'examen devant le Bureau Médical d'Ontario. A peu d'exceptions près, nos gradués canadiens vont chercher dans le Royaume-Uni des qualifications d'obtention plus facile, et particulièrement la licence des institutions d'Edimbourg. Dans quelques-unes de celles-ci l'on avait coutume, quand il s'agissait de gradués venant du Canada, d'examiner le diplôme, d'accepter le degré universitaire, et d'admettre le candidat à

(1) Voir le No. de Novembre.

l'examen sans autre formalité. Pour être justes, les institutions anglaises devraient examiner le certificat d'admission à l'étude, et exiger des preuves suffisantes (au moyen des cartes de cours) que le candidat a étudié la médecine pendant quatre années. Dans ces conditions, l'enregistrement dans Ontario sur production d'un certificat anglais ne constituerait plus une imposition, bien qu'il y aurait encore là une distinction peu juste envers les institutions locales.

Grâce à l'obligeance du Dr Pyne, registrateur, je puis fournir ici quelques chiffres à ce sujet. Dans le cours des cinq dernières années, 378 médecins se sont enregistrés dans la province d'Ontario; sur ce nombre il y avait 93 canadiens porteurs de diplômes anglais, c'est-à-dire qu'environ le quart des candidats à la licence ont éludé les règlements du Bureau en allant subir leurs examens dans une institution britannique. Nul doute que ces 93 médecins n'aient retiré grand profit de la prolongation de leur études et de leur contact avec des sujets venant d'autres écoles et d'autres pays, mais ils auraient encore mieux fait de se conformer aux lois de leur propre pays, et, par ce moyen, aider la profession à faire exécuter des règlements dont les avantages sont universellement reconnus.

Les honoraires exigés par les Bureaux suscitent aussi beaucoup de murmures de la part des étudiants et des médecins. Le Bureau d'Ontario exige \$70.00 pour les trois examens: préliminaire, primaire et final. Dans la province de Québec, on paye \$20.00 pour l'enregistrement (licence) et \$10.00 pour l'admission à l'étude. C'est toujours la vieille histoire: ceux qui sont les mieux traités sont précisément ceux qui se plaignent davantage. Au point de vue des honoraires, les étudiants en médecine au Canada sont trop favorisés, et doivent s'attendre à des changements dans un avenir prochain. Pendant que, depuis vingt-cinq ans, les dépenses des écoles de médecine ont quadruplé, par contre le prix des cours n'a augmenté que de 10 pour cent. Les honoraires fixés par les Bureaux sont justes et raisonnables, outre qu'ils sont nécessaires si l'on veut subvenir aux dépenses courantes. La taxe annuelle imposée aux médecins est de \$1,00 dans Ontario et de \$2,00 dans Québec; on en parle souvent comme d'une chose bien onéreuse, mais ce n'est après tout qu'une bien faible contribution au bien-être général de la profession.

Il semble extraordinaire aux étrangers que, dans un pays qui, comme le Canada, compte à peine cinq millions d'habitants, il y ait un si grand nombre de Bureaux accordant licence, et, anomalie plus grande encore, qu'un médecin licencié dans une des provinces ne puisse pas pratiquer dans une autre, en un mot, qu'il n'y ait pas de réciprocité. Telle a aussi été la pensée d'un grand nombre de médecins qui, il y a quelques dix ans, au sein même de cette Association, ont tenté de faire un bill médical pour toute la Puissance. Le bill échoua, comme échoueront, je crois, toutes les tentatives de ce genre, si on en fait. Un seul remède nous reste: avec le temps, les Bureaux des diverses provinces peuvent rendre leur curriculum et leurs examens tellement semblables les uns aux autres, que la réciprocité deviendra possible, mais nous ne pouvons pas nous attendre à ceci avant plusieurs années. Il semble qu'un Bureau d'enregistrement fédéral, siégeant à Ottawa, serait bien utile en certains cas. Ainsi, le chirurgien d'un régiment de Québec se trouverait à pratiquer illé-

galement s'il allait être de service dans Ontario; dans la marine, les chirurgiens des steamers doivent être enrégistrés par le Bureau de la province dans laquelle se trouve le port d'où est parti le navire. Il y aurait de très grandes, sinon d'insurmontables objections à la création d'un Bureau semblable; cependant l'on pourrait adopter certaines règles relativement aux chirurgiens militaires et à ceux de la marine marchande.

J'ai aussi examiné à fond la constitution et le fonctionnement des Bureaux de médecine provinciaux, convaincu que je suis qu'en eux repose le salut de la profession. Inappréciables sont les services qu'ils ont rendus dans le passé. Comprenez bien, messieurs, tous les avantages professionnels dont vous jouissez. Dans quel pays les médecins ont-ils le droit de conduire leurs propres affaires? Voyez la Grande-Bretagne! Notre puissante sœur, l'Association Médicale Britannique, avec toute son influence, et soutenue par ses 11,000 membres, n'a pas pu faire admettre dans le dernier bill médical le principe de la représentation professionnelle; tout au plus a-t-elle pu gagner que quatre ou cinq membres seraient choisis au sein de la profession en général. Soyez donc contents et satisfaits d'avoir, dans chaque province de la Puissance: 1^o Une assemblée de membres électifs (Bureau ou Conseil Médical, Collège, etc.) ayant des représentants de chaque faculté; 2^o le contrôle absolu des examens préliminaires, du curriculum et des examens pour la licence; 3^o un local convenable pour les assemblées du Bureau, les examens et la conservation des archives générales de la profession. Les Actes de 1788 et de 1815 auront atteint leur entier développement quand tout cela sera un fait accompli. Dans la plus grande partie des provinces, vous avez déjà gagné les deux premiers points; le troisième sera peut-être plus difficile à emporter, mais j'espère fermement que le jour n'est pas loin où, dans la capitale de chaque province, le corps médical élèvera à Esculape un temple digne des traditions et des aspirations de notre belle profession.

Je pourrais ici terminer cette partie de mon sujet, qui a trait surtout aux rapports existants entre la profession et le public, mais j'insisterai encore sur un point. J'ai dit en commençant que dans une société bien organisée, tout citoyen doit sentir qu'il a près de lui un homme ayant reçu une bonne et solide éducation médicale, et auquel il peut, à l'heure du danger, s'adresser en toute confiance et lui demander secours pour lui-même, pour sa femme et ses enfants. Nous avons cela maintenant par tout le Canada. Aujourd'hui le public a à sa disposition des hommes instruits et compétents; dans le plus petit village, l'individu le plus pauvre peut s'adresser à un médecin honnête et capable; les charlatans et les imposteurs sont rares. Ce sont là, messieurs, des bienfaits dont, les mains élevées vers le ciel, nous pouvons remercier nos Bureaux de médecine provinciaux.

Je ne puis que mentionner un dernier point sur lequel la profession et le public se trouvent en rapport. Un des développements les plus remarquables de la médecine moderne a été l'étude approfondie des causes et de la prophylaxie des maladies épidémiques. Les principes de la médecine préventive ont peu à peu été mieux connus du public et l'on admet assez, en général, qu'une organisation active est nécessaire. Dans cette province, les efforts que l'on a faits dans ce sens ont abouti à la formation d'un Bureau provincial de Santé qui travaille

activement et qui devrait recevoir le concours actif du public et de la profession. Le succès avec lequel ce Bureau a accompli sa tâche durant les quatre dernières années doit constituer un motif d'émulation pour les autres provinces et être un exemple qu'elles sont tenues en honneur de suivre au plus tôt.

II *L'Ecole de Médecine.*—L'école de médecine joue un rôle important et essentiel dans le progrès et le développement de la profession. Son but principal est d'initier les jeunes gens à la science et à l'art de la médecine, de fournir au public des sujets compétents à prendre soin des malades et des blessés, et c'est à ce point de vue que le public se trouve en rapport avec ce genre d'institutions.

Dans la plupart des pays Européens, l'Etat, en sa qualité de gardien du salut public, contrôle l'éducation médicale et subventionne libéralement les facultés de médecine des universités. En Angleterre, on fait aussi de même jusqu'à un certain point, mais partout sur ce continent les écoles ont été le fruit d'entreprises privées. Il est très facile de dire l'origine et l'évolution des écoles de médecine en ce pays. Pendant nombre d'années les cours privés ont constitué le seul mode d'instruction médicale, et le système de *cléricature* existait partout. Dans une série de leçons sommaires, le maître faisait parcourir à ses élèves tout le vaste champ de la médecine et de la chirurgie; l'anatomie s'apprenait au moyen de dissections privées poussées très activement. La consultation au bureau et la visite des malades fournissaient les matériaux de la clinique. L'étudiant se tenait beaucoup avec son *patron*, en devenant l'ami et le compagnon, et au bout de quatre ou cinq ans, quelquefois moins, il avait acquis des connaissances pratiques assez étendues et pouvait se présenter devant le Bureau provincial. Quelques-uns des meilleurs praticiens que nous ayons eus en Canada ont reçu leur éducation médicale de cette façon. Ouvrez le Registre médical d'Ontario ou de Québec et cherchez-y les noms des médecins qui ont été tout simplement licenciés par le Bureau médical du Haut et du Bas-Canada, et vous y trouverez un grand nombre d'hommes que nous connaissons tous bien et que nous entourons de tout notre respect. Il n'y a pas de doute que, dirigé convenablement, l'ancien système avait de grands avantages; les détails essentiels, utiles et pratiques de la vie professionnelle étaient soigneusement inculqués aux élèves; quant au superflu et aux minuties, le médecin un tant soit peu occupé ne trouvait guère le temps d'y voir.

Parmi les professeurs privés qui enseignaient ainsi, avant l'établissement des Ecoles de médecine, il y avait des hommes très marquants dont les noms méritent d'être cités avec reconnaissance: le Dr James Douglass, de Québec, était un maître aussi distingué que populaire, et ses élèves avaient le grand avantage de pouvoir suivre l'Hôpital de la Marine. Il vit encore au sein d'une retraite paisible, et constitue le dernier lien reliant la profession médicale québécoise à une génération depuis longtemps disparue. Feu le Dr Rolph a été, depuis le jour de son arrivée à Toronto, en 1831, jusqu'à la fondation de l'Ecole de Médecine de Toronto, un des professeurs privés les plus énergiques et les plus estimés, et un grand nombre de ses élèves d'alors occupent maintenant d'éminentes positions au milieu de nous. Même après les troubles de 1837, alors qu'il dût se retirer au delà de la frontière, ses élèves le suivirent à Rochester.

L'organisation de la première école de médecine eut pour point de départ l'association de deux ou trois professeurs privés qui crurent plus avantageux et plus expéditif d'enseigner chacun une ou deux matières. A Montréal, en 1824, les Drs Stevenson, Holmes, Caldwell et Robertson donnèrent les premiers cours de médecine qui aient été donnés en ce pays. L'*Institut Médical*, comme on l'appelait, devint, en 1829, la Faculté de Médecine du Collège McGill, et fut, pendant plusieurs années, la seule école de médecine du pays. La première tentative de ce genre qui suivit fut d'un caractère plus ambitieux. Dès 1835-36, on fit certains efforts pour engager le gouvernement de Sir John Colborne à établir une faculté de médecine au *King's College*, à Toronto; des plans furent élaborés à cet effet, mais rien ne fut fait avant 1843 alors qu'une faculté fut organisée, composée d'un personnel complet et distingué. On ne pouvait mieux organiser une école de médecine; avec l'aide de l'Etat, des professeurs éminents et distingués avaient été nommés, dont les salaires variaient de £225 à £350—magnifiques honoraires pour le temps. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, l'école était excellente et donnait une éducation médicale de premier ordre, mais les professeurs commirent certaines fautes qu'ils payèrent bien cher. En s'opposant à l'incorporation de l'École de Médecine de Toronto, qui avait été organisée en 1843, par le Dr Rolph, ils eurent certainement tort, et ne firent que se préparer des difficultés pour plus tard; en outre, dans leur désir même d'obtenir un Acte Médical plus favorable, un trop grand nombre d'entre eux se rendirent hostiles à la profession. Après une existence de dix années, l'Université de Toronto fut, en vertu d'un Acte de la Législature, laissée avec son seul cours classique, et privée d'une école de médecine qui, en dépit de ses fautes, avait en elle-même tous les éléments du succès; la profession et le public furent de la sorte livrés à la merci d'écoles irresponsables, fruits d'entreprises privées. Il n'y a pas de doute que l'abolition de la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto a retardé sérieusement le développement de la profession en ce pays. L'établissement d'une institution convenablement dotée et organisée aurait été un motif d'émulation pour les autres, et, avec le temps, les inévitables difficultés des premières années auraient cessé d'être.

En 1843, l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal fut fondée et continue d'être l'École canadienne-française la plus considérable de la Puissance. Vers le même temps le *St. Lawrence School* fut établi à Montréal en opposition au Collège McGill, mais il vécut peu de temps et expira bientôt. L'École de Médecine de Québec naquit ensuite, et devint plus tard la Faculté de Médecine de l'Université Laval. A Toronto, une troisième école, l'École de Médecine du Haut-Canada, fut, en 1850, ajoutée à celles qui existaient déjà, et dès sa première session devint la Faculté de Médecine du *Trinity College*; après avoir subsisté trois ou quatre ans, elle prit fin par le fait de la résignation des professeurs qui refusèrent de se soumettre à certaines mesures vexatoires, d'ordre religieux, exigées par la corporation du Collège. La Faculté de Médecine du Collège Victoria fut ensuite établie à Toronto, et pendant nombre d'années fut connue sous le nom de *Rolph's School*. Elle cessa d'exister en 1869. L'École de Kingston, organisée comme Faculté du *Queen's University*, est maintenant connue sous le nom de Collège Royal des Médecins et Chirurgiens. La Faculté

de Médecine du Collège Bishop, Lennoxville, P. Q., fut organisée à Montréal en 1870. Durant la même année, la Faculté de Médecine du *Trinity College* fut réorganisée et existe aujourd'hui, comme corporation distincte, sous le nom de *Trinity Medical School*. L'École de Médecine de Halifax est la seule qui ait été fondée dans les provinces maritimes.

Les additions les plus récentes à cette liste sont la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal (succursale) établie en 1877, la Faculté de Médecine du *Western University*, London, Ont., et la Faculté de Médecine de l'Université de Manitoba, toutes deux organisées en ces dernières années, et en 1883, comme résultat d'un fâcheux contretemps, on a vu s'établir, à Kingston, une école de médecine pour les femmes; bientôt après une institution du même genre s'établissait à Toronto.

A propos de ces deux dernières écoles, on ne peut que regretter que nos amis de ces deux villes se soient mis sur les bras des entreprises aussi inutiles en ce pays. Il est inutile de fabriquer un article qui ne se vend pas, et, en Canada, le public n'est pas encore prêt à recevoir la femme-médecin. Au reste, voyez ce qui se passe: les villes les plus considérables ne peuvent en faire vivre plus d'une ou deux; de fait, Montréal et Québec n'en ont pas, et elles mourraient de faim dans les petites villes ou villages de ce pays. Pour l'amour d'instruire six ou huit femmes par an, dont au moins trois ou quatre iront à l'étranger, on a établi deux nouvelles écoles de médecine avec un personnel complet de professeurs. Il est à espérer qu'à l'expiration des cinq années d'existence que de bienveillants et généreux amis ont assurées à ces institutions, ceux-ci mettront leur argent et leur énergie à la disposition des écoles consacrées au sexe fort. Ne concluez pas de ces remarques que je sois en aucune façon hostile à l'idée d'admettre les femmes dans nos rangs; au contraire elles ont toutes mes sympathies dans les tentatives qu'elles font pour résoudre la question de savoir jusqu'à quel point elles peuvent réussir dans une profession aussi ardue que la nôtre.

Si donc l'on en excepte les écoles de femmes, il y a aujourd'hui, dans le pays, onze corps enseignants, trois français et huit anglais, nombre respectable, on le voit, pour rencontrer les besoins d'environ cinq millions d'individus. Dans le Royaume-Uni, pour une population de 36 millions, il y a environ 30 écoles de médecine, et aux États-Unis, pour une population de 50 millions, il y a 139 écoles, de sorte que, comparés à ces deux pays, nous sommes amplement approvisionnés.

Les plus jeunes d'entre vous ont pu épier l'incubation et la naissance d'une école de médecine; beaucoup ont été à même d'en observer le progrès et le développement. Presque sans exception, toutes ont dû leur origine aux efforts individuels des membres de la profession. Il y a ici des hommes qui pourraient nous dire que c'est là aujourd'hui une tâche difficile, mais qu'est-ce que cela dût être pour ceux qui ont commencé ce travail il y a cinquante ou soixante ans? Ça a été une lutte interminable contre des obstacles et des difficultés très sérieuses. On dût prélever des contributions pour l'érection des bâtisses et l'achat du matériel; les étudiants étaient en petit nombre et les revenus fort minces, de sorte que si quelque chose doit étonner, ce n'est pas que quatre de ces écoles aient succombé, mais qu'un plus grand nombre encore n'aient pas fait de même. Les difficultés intérieures sont souvent les plus sérieuses. Dans des entreprises de ce genre, la plus

grande somme de travail échoit la plupart du temps à un ou deux hommes pleins de zèle qui sont seuls à porter le fardeau le plus lourd, et souvent la portion la plus pesante de celui-ci est tout simplement l'apathie de collègues endormis.

Les dettes, voilà ce qui entrave la marche des jeunes écoles pendant plusieurs années. C'est de l'argent emprunté qui a servi à fournir le matériel etc, et même dans les plus anciennes institutions, chaque nouvelle addition aux bâtisses se traduit par un surcroît d'intérêts à payer. L'état financier est des plus précaires pendant des années, et, de session en session, l'école se traîne ainsi, vivant au jour le jour, à peine et souvent pas du tout capable de rencontrer ses obligations et de payer ses professeurs.

En même temps que le nombre des élèves augmente, les finances s'améliorent, et si l'école devient populaire, les dettes peuvent être payées et les professeurs rémunérés. Mais tant que les élèves sont peu nombreux, la recette suffit à peine à rencontrer les dépenses. Une difficulté qui, dans les circonstances présentes, semble presque insurmontable, consiste dans le fait que le succès de l'institution est entièrement subordonné au nombre des élèves. Classe peu nombreuse veut dire enseignement d'ordre inférieur et professeurs découragés, mécontentement général, surtout au sein de la faculté. Classe nombreuse veut dire tout le contraire de ce qui précède, mais pas toujours; cependant, il y a comme une atmosphère de contentement autour d'un professeur dont la salle de cours est remplie d'élèves.

Examinons les faits tels qu'ils sont. Durant la dernière session, il y avait, dans les écoles canadiennes, environ 900 étudiants dont, à très peu d'exceptions près, toutes ces institutions vivent uniquement. Quatre des ces onzes écoles sont assez fortunées pour attirer au moins 700 étudiants, ce qui en laisse environ 200 à diviser entre les sept autres écoles. Avec les prix aussi bas qu'ils sont maintenant, je doute que chaque étudiant paye plus d'une moyenne de \$80.00 par an pour les cours, de sorte que le revenu total des étudiants (au nombre mentionné ci-dessus) serait d'environ \$70,000 dont au moins \$55,000 vont à quatre de ces écoles, laissant une balance de pas plus de \$15,000 à partager entre les sept autres.

De nos jours ce n'est pas une petite affaire que d'organiser et d'équiper convenablement une école de médecine; il y a des matières dont l'enseignement, même dans les plus petites écoles, exige un local spacieux et un bon matériel. Il doit y avoir des laboratoires pour l'enseignement pratique de la chimie, de l'histologie, de l'anatomie, de la physiologie, et un espace suffisant pour les bibliothèques et les musées. Dans quelques-unes des écoles, des sacrifices personnels de la part des membres de la faculté peuvent seuls rencontrer ces dépenses, et dans presque toutes, en règle générale, chaque professeur a dû prélever sur son salaire l'argent nécessaire à défrayer les dépenses inhérentes à son propre cours. Tout cela est parfait quand le professeur ne manque ni d'enthousiasme ni d'argent, et tout va à merveille alors; j'ai eu connaissance d'un cas où plus de deux mille dollars ont ainsi été dépensés, et d'un autre où les dépenses personnelles du professeur, pour travaux de laboratoire, matériel, etc., variaient toujours entre \$500 et \$1,000 chaque année. Dans l'état où ont été les choses jusqu'à aujourd'hui, il est impossible, sans sacrifices personnels, d'équiper convena-

blement un laboratoire. La remarquable impulsion donnée dernièrement à l'enseignement pratique a singulièrement augmenté les dépenses des écoles, car non seulement il faut équiper des laboratoires, mais il faut encore s'assurer les services d'hommes compétents, de spécialistes. Le médecin qui a pratiqué la médecine générale pendant huit ou dix ans peut monter dans la chaire du professeur et donner un bon cours, mais pour pouvoir diriger les travaux d'un laboratoire il faut y avoir été soigneusement préparé depuis longtemps; or cette préparation coûte cher, et une fois acquise, doit se payer également cher.

Un grave inconvénient résultant de cet état de choses est le grand nombre des demandes qui se font auprès des écoles, de la part des élèves, pour obtenir des faveurs et du patronage. J'y ai déjà fait allusion. Trop d'élèves commencent leurs études sans avoir les moyens suffisants pour les pousser jusqu'au bout; alors ils cherchent à obtenir des faveurs spéciales, une réduction dans le prix des cours, la permission de ne pas assister aux cours avant Noël, et souvent ils mettent de la sorte les diverses écoles en antagonisme les unes aux autres, et cela, d'une façon qui ne manque pas d'être amusante. Songez, Messieurs, à quelles conséquences peut être entraînée la profession par cette compétition effrénée s'exerçant entre onze écoles au sujet de 900 étudiants. Il doit s'en suivre une *lutte pour l'existence* dans laquelle le public et la profession sont les plus perdants, mais avec les dispositions et les règlements dont j'ai parlé tout à l'heure, s'ils sont mis en vigueur dans chaque province, la compétition se trouve réduite à des proportions raisonnables, vû que tous les élèves, à quelque école qu'ils appartiennent, doivent suivre le même programme d'études pendant le même laps de temps.

Quel sera le remède? Les moindres écoles ont des droits égaux à ceux des institutions plus considérables, et on ne peut leur demander de s'immoler à l'intérêt d'institutions mieux favorisées. Il est évidemment du devoir des Bureaux provinciaux de s'enquérir des moyens dont peuvent disposer les écoles pour l'enseignement médical, et ils devraient refuser de reconnaître celles qui, sous ce rapport, ne sont pas à la hauteur des progrès modernes. Ce qui vaudrait encore mieux, c'est que les Bureaux eussent le droit de s'opposer à l'établissement d'une nouvelle école de médecine tant qu'ils n'auraient pas la preuve qu'il y aura assez d'argent pour soutenir cette école et que celle-ci a tout ce qu'il lui faut en fait de matériel, d'hôpital, etc. A l'avenir, il arrivera de deux choses l'une, ou bien un grand nombre de petites écoles mourront d'épuisement, car il est de la dernière évidence, d'après les chiffres que je viens de donner, qu'il y en a sept qui vivent du seul prix des cours, prix qui ne pourrait en faire vivre qu'une, et encore, pas d'une façon très florissante,—ou bien il faudra trouver les moyens de s'assurer des revenus ailleurs. Personne ne peut nier qu'il y ait trop d'écoles de médecine en ce pays, et, dans les circonstances actuelles, la disparition de trois ou quatre d'entre elles ne serait une perte ni pour la profession ni pour le public; mais si toutes se trouvaient en possession du matériel scientifique et clinique nécessaire, elles deviendraient alors une source de force et non pas de faiblesse. Ne vivant que du prix des cours, les plus petites écoles ne peuvent, même avec les sacrifices personnels des professeurs, espérer se tenir au niveau des exigences modernes au point de vue de l'ensei-

gnement de la médecine, et les écoles plus considérables ayant à rencontrer de plus lourdes dépenses et à payer davantage leurs professeurs, ne sont pas, en réalité, mieux partagées.

Le temps est arrivé où il faut exposer franchement au public le besoin que nous avons d'une éducation médicale supérieure. Une institution ne peut atteindre son plein développement sans avoir de l'aide du dehors. L'érection de laboratoires et l'achat du matériel nécessaire exigent des sommes d'argent que ni les facultés ni les professeurs ne sauraient fournir. Nos frères du clergé pourraient ici nous donner une leçon. Demandez, à Toronto et à Montréal, à quoi servent les splendides et luxueux édifices qui s'élèvent auprès des universités, et l'on vous répondra que ce sont les facultés de théologie, la plupart du temps érigées aux frais de donateurs particuliers. Aujourd'hui, dans notre pays, le nombre s'accroît d'hommes qui ont de l'argent à donner là où ils voient qu'il en est besoin et qu'il sera utilement employé, et si ceux qui s'intéressent à l'enseignement de la médecine se donnent la peine de se remuer un peu, il sera possible d'obtenir des dotations convenables. Nous n'avons encore rien demandé, insoucians que nous étions de nos propres besoins, mais maintenant il faut demander et demander avec instance. L'appel fait à Montréal l'an dernier et qui a réussi à faire donner ainsi \$100,000 est à la fois un indice et un encouragement. Il y a parmi nous des hommes énergiques et éclairés, comme l'hon. Donald A. Smith, qui croient avec Descartes que c'est au moyen de notre profession que l'on espère soulager une grande partie des maux de l'humanité, et que c'est un devoir public de contribuer à faire de nos collèges des foyers de science et des écoles de sain enseignement.

III.—*La Société Médicale.*—Dans un jeune pays, l'organisation des sociétés médicales est liée à de sérieuses difficultés. Dans les villes, il est facile aux médecins de se rencontrer, mais dans les petits centres disséminés sur une grande étendue de territoire, comme en Canada, les sociétés générales ne s'organisent pas aussi facilement. Nous voyons que plusieurs tentatives ont été faites pour organiser une Association médicale Canadienne, mais cela, sans succès avant la Confédération des provinces en 1867. En 1845 la Société Médico-Chirurgicale de Montréal tenta de jeter les bases d'une Association médicale provinciale, et convoqua une conférence des délégués des sociétés de la ville et du district de Québec ainsi que des sociétés des districts de Niagara et de Toronto. La conférence eut lieu le 20 août, mais le projet fut malheureusement abandonné. En 1850, la même Société chercha encore à réunir la profession en une Association médicale et chirurgicale anglo-américaine, et, le 10 juillet, à Trois-Rivières, une assemblée préliminaire fut tenue où l'on élabora une constitution et des règlements. Le Dr Morrin, de Québec, fut élu président, et le Dr Hall, de Montréal, secrétaire, et l'on décida que la première réunion générale aurait lieu à Kingston, le deuxième jeudi de mai 1851. Je ne sache pas que cette réunion ait jamais eu lieu ; les journaux du temps n'en disent rien.

A l'instigation et à l'appel de la Société Médicale de Québec, une assemblée eut lieu le 9 octobre 1867, à l'Université Laval, dans le but de prendre en considération la question d'établir une Association médicale Canadienne. L'organisation en fut faite, et la première réunion eut lieu à Montréal en 1868, sous la présidence du Docteur (aujourd'hui Sir Charles) Tupper.

Parmi les différents objets qu'ont eu en vue les promoteurs de l'Association, il faut mentionner une législation médicale satisfaisante, et nous voyons que dans les quatre premières sessions, l'Association consacra tout son temps à préparer un projet de loi médicale pour toute la Puissance, lequel projet fut plus tard déclaré être une mesure impraticable et fut mis de côté. Les assemblées subséquentes ont été consacrées à des sujets de discussion plus relevés, et nous nous sommes fait une idée plus adéquate du but de nos réunions annuelles. Nous convenons tous, je crois, que la tâche la plus noble que puisse entreprendre une société comme la nôtre est celle de relever le niveau de la profession, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Dans nos assemblées, les intelligences les mieux douées doivent apporter leurs conceptions les mieux élaborées afin que tous, nous retirions de ces lectures et de ces discussions, un mutuel avantage. Chaque membre peut apporter quelque chose. Chacun de nous a eu, depuis notre dernière réunion, l'occasion de résoudre quelque nouveau problème pathologique, problème peut-être inattendu, et qu'il ne nous arrivera peut-être plus de rencontrer. Chaque médecin rencontre dans son travail journalier tous les matériaux voulus pour instituer des recherches ou produire des travaux originaux qui n'exigent qu'un esprit de patiente et sérieuse investigation, dont l'absence explique facilement le dégoût que certains médecins éprouvent pour la pratique de la médecine. Chacun devrait réussir à apprendre et même à pouvoir enseigner quelque chose, car sur quelque point l'expérience de l'un supplée à ce qui manque à l'autre.

Tous les professeurs de nos écoles devraient assister à nos assemblées médicales, pour y rencontrer leurs collègues, leur donner un rapport de leurs leçons—car ces leçons ne sont-elles pas une mission—et démontrer par l'exposé de leurs travaux et de leurs méthodes qu'ils méritaient la confiance qu'on leur accordait. Plus nous cultiverons le caractère scientifique de nos réunions, plus notre association réussira. Il en a été de même des sociétés médicales de l'Angleterre, et, en France et en Allemagne, les sociétés analogues forment des sections des associations générales pour l'avancement de la science, et les réunions sont exclusivement consacrées au travail.

Un des plus grands avantages de nos réunions est de favoriser l'harmonie et la camaraderie. Les médecins, surtout loin des centres, vivent trop à distance et ne se connaissent pas assez; dans les grandes villes nous nous coudoyons et nous brisons au contact les uns des autres sans trop d'efforts. Mais il est malheureux que, dans certaines villes, ce même frottement sur une surface plus restreinte blesse et amène des malentendus qui détruisent l'entente. Il en résulte un isolement professionnel et une influence malsaine qui transforment, en peu d'années, un individu d'un caractère aimable et conciliant en un vieux Timon revêche, qui rage contre la pratique de la médecine en général et ses collègues en particulier. Pour prévenir pareil mal, il nous importe d'être assidus à nos assemblées annuelles: c'est là le traitement spécifique. Mais pourquoi insister? Il est étranger à nos réunions celui-là qui n'a pas senti les effluves de sympathie et d'affection qui s'échappent de la poignée de mains que l'on donne à un compagnon de labeur.

Il nous faut en ce pays une Association de ce genre. Nos provinces,

isolées, indépendantes, nécessitent ce lien professionnel. A ces réunions nous n'appartenons ni à Ontario, ni à Québec, ni à la Nouvelle-Ecosse, mais nous sommes Canadiens, et les idées de clocher se noient dans le sentiment national. Notre Association doit prendre une part toujours croissante dans le développement futur de notre profession. Nous avons des difficultés topographiques à vaincre, vû les distances considérables qui séparent nos provinces, mais ceci ne doit pas entrer en ligne de compte. Une association cosmopolite a toujours à lutter contre certaines difficultés, mais nous ne différons pas en cela des corps analogues des autres pays. Les sociétés médicales provinciales qui ont été fondées complètent l'ouvrage que nous faisons et constituent une puissance. Nous regrettons qu'il y ait encore une ou deux provinces qui ne possèdent pas de corps de ce genre. Les sociétés de district fondées dans le pays deviennent de plus en plus vivaces; et partout les médecins reconnaissent l'avantage de l'étude en commun de leur profession.

Laissez-moi toucher deux autres points en terminant.

En choisant le lieu de réunion de l'Association, nous devrions avoir pour but l'intérêt de la profession. Il devrait être clairement entendu que la profession du lieu de réunion fournisse toutes les facilités possibles; et cette Association devrait s'insurger fortement contre l'usage passé en vertu duquel les médecins de l'endroit ont supporté certains frais d'hospitalité par trop onéreux. Nous devrions en cela imiter l'Association Médicale Britannique dont tous les membres contribuent à un banquet de confraternité. Et je suggérerais que l'on reconstituât le comité pour reviser les règlements et la Constitution, vu que certains amendements faciliteraient le travail de nos réunions, ou tout au moins, pourraient être discutés avantageusement aussitôt que possible.

Je termine, messieurs, et je n'ai plus qu'à vous remercier de la bienveillante attention que vous avez bien voulu accorder à une adresse qui ne touche qu'à des questions de détail. Mais je ne puis me séparer de vous en cette occasion, sans affirmer par votre intermédiaire, à nos confrères du Canada, que, bien qu'éloigné d'eux, je reste avec eux de cœur; avec eux dans leurs efforts persévérants pour favoriser les intérêts de la profession, et attaché à eux par mille liens de camaraderie et d'amitié, que l'absence ne saurait affaiblir, ni le temps effacer.

De l'engourdissement des extrémités supérieures.—C'est le matin au réveil que cette parésie survient, avec ou sans un peu d'anesthésie, et occupe la distribution du cubital et du médian, affectant un main ou les deux à la fois. Le rhumatisme, l'anémie, le surmenage, causeraient ce mal qui est aussi attribué à une congestion médullaire lorsque les deux mains sont prises après le décubitus dorsal chez une femme sanguine, à la ménopause. Le docteur Putnam recommande le phosphore, tandis que le docteur Osmerod a réussi par le bromure, qui combat un spasme nerveux des vaso-constricteurs. La congestion spinale doit être évitée, d'autant que le mal est rebelle chez les femmes avancées en âge. L'ergot a réussi au docteur Sinkler. Le massage et le galvanisme sont d'utiles adjuvants de ce mal rebelle, dont les récidives seraient écartées par l'usage préventif de la strychnine. *New York Medical Journal.*

COMMUNICATION.

DEUXIÈME ÉTUDE SUR LA VARIOLE.

Vaccination et Revaccination.—Procès de la Vaccine.

Messieurs les Rédacteurs,

Un grand nombre d'écrits ont déjà été publiés contre le système de la vaccination dans notre pays et ailleurs. A la honte des Anglais, un journal anti-vaccinateur a été créé à Montréal, depuis quelques semaines seulement, par un médecin de leur nationalité. Je voyais même sur l'*Union* de St-Hyacinthe, ces jours-ci, un article élaboré avec des statistiques plus ou moins convaincantes contre la vaccination, donné par un correspondant du nom de "*un qui cherche*."

Comme du choc des opinions naît souvent la vérité, il est bon de mettre en regard, surtout dans les circonstances présentes, certains aperçus qui peuvent le mieux convaincre en faveur d'une idée ou d'un système. Dans les affaires de science on est libre de chercher la vérité chacun à sa manière. Dans certaines sciences cependant il faut respecter la révélation.

Il y a des questions immuables, comme celles de la divinité et de la religion. Mais dans la recherche de la vérité, en ce qui regarde les questions scientifiques ou les connaissances acquises, le champ est tellement vaste et difficile, que l'esprit humain ne peut saisir toutes les causes des effets qu'il voit. De sorte que les recherches et les découvertes à faire par l'intelligence de l'homme sont toujours à l'ordre du jour.

Dans l'état actuel de notre société, c'est la majorité des opinions qui décide en grande partie ce que l'on doit croire.

Toutes les lois civiles, dans les pays régis par une constitution, sont votées par la majorité en se rapprochant autant que possible, quand elle le veut, de la vérité et de la justice immuables comme Dieu.

Pour les questions de science, ce n'est pas aussi absolu, puisque l'expérience s'appuie sur l'observation, et l'observation est de tous les jours: chacun découvre ce qu'il peut, ou fait son profit des découvertes des autres.

Comme la médecine est loin d'être une science positive, il faut bien accepter l'expérience acquise comme notre guide dans le traitement des maladies.

On connaît peu souvent les causes intimes des maladies. On vous dira qu'elles sont dues à la présence de bactéries ou animalcules qui se développent dans le sang sous l'action vitale.

Quelle est la bactérie de la variole ?

Peut-on établir sa différence avec celle de la syphilis, du choléra, de la diphtérie, du typhus ou autres maladies spécifiques ?

Le microscope nous montre bien ces êtres infiniment petits, sous certaines formes plus ou moins différentes, que les médecins naturalistes ont baptisés de *bacterium*, *bacillus*, *bacterium termo*: mais on ne nous dit pas où est leur *spécificité*.

Chaque espèce introduite dans l'économie par la contagion produit une maladie spécifique, se manifestant avec des états pathologiques toujours les mêmes et toujours constants. Cependant, il y a des différences marquées dans leurs effets sur les tissus, suivant le caractère particulier de chaque affection. La petite vérole et la grosse vérole ont des produits différents.

La variole n'a pas toujours existé. On ne la voit pas mentionnée dans les auteurs anciens. Hippocrate, Galien, Aëtius, n'en parlent pas. La Bible mentionne bien la lèpre, mais il n'y a aucun indice de la variole.

La variole n'est pas une maladie constitutionnelle, car elle ne se transmet pas par hérédité, il n'y a que les maladies à forme diathésique qui laissent des traces pendant longtemps dans les générations qui se succèdent.

Il n'en est pas de même de la variole qui est plutôt une maladie acquise ou d'occasion. Le *contagium* ou le principe virulent de cette maladie, comme celui de plusieurs autres, nous échappe. On ne peut dire ce qu'il est, mais l'effet désastreux est visible depuis des siècles, et nous avons peu de moyens pour le combattre.

Cependant, quels sont les moyens actuels à notre disposition et quel est le meilleur? La vaccination et la revaccination sont au premier rang et les seuls préservatifs.

A l'appui de cette opinion, je me permettrai de citer le rapport suivant.

Dans les questions scientifiques surtout, où va t-on chercher la vérité et s'éclairer? Dans les pays qui sont à la tête de la civilisation et de la science, tels que la France, l'Angleterre, l'Allemagne, la Belgique, les États-Unis, etc.

Tous les auteurs classiques (pour la médecine) qui aujourd'hui nous dirigent viennent de ces divers pays.

Dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, juillet 15, 1870, Paris, que voit-on? Je constate le fait remarquable suivant.

Monsieur Depaul, sur l'ordre d'un comité de l'Académie de Médecine de Paris appointé pour répondre à une demande du ministre de l'intérieur, pour connaître l'opinion de ce corps savant quant à la valeur de la revaccination, fit la lecture du rapport ci-après qui fut adopté.

“ L'Académie de Médecine pense qu'il est utile de rendre publique la déclaration suivante, qu'elle recommande à l'attention du gouvernement et de la nation.

“ La vaccination est le préservatif de la petite vérole.

“ Néanmoins, après une certaine période la revaccination est indispensable pour assurer une complète immunité contre la contagion.

“ La revaccination est absolument exempte de danger. L'Académie répudie formellement tout ce qui aurait pu être dit ou écrit au contraire.

“ La revaccination peut être utile à tous les âges.

“ Elle peut être opérée sans inconvénient durant l'existence d'une épidémie. De plus il est certain que dans les petites localités, dans les familles, maisons de pension, ou agglomérations de personnes, elle arrêtera efficacement un commencement d'épidémie.

“ L'épidémie existante dans Paris et autres places a fourni les preuves les plus convaincantes du pouvoir préservatif de la revaccination.

“ Dans les différents corps d'armée et spécialement dans les gardes de Paris, dans plusieurs établissements publics et privés, et dans quelques-unes des écoles municipales, la variole a été arrêtée par la revaccination.

“ Finalement les dernières statistiques dans des hôpitaux civils de Paris prouvent bien positivement que très peu de personnes revaccinées furent attaquées de la variole, et que de celles-ci aucunes ne moururent.

“ Il est alors de la plus haute importance, dans l'intérêt des individus et du public, d'encourager par tous les moyens possibles la pratique de la revaccination.”

Telle est l'opinion de ce corps savant exprimée dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 juillet 1870, Paris.

J'ajouterai l'état suivant pris du plus important journal de médecine de Londres, (*Lancet* 25 juillet 1870) qui confirme pleinement les vues publiées dans le rapport ci-dessus présenté au gouvernement par l'Académie de Médecine de France.

Voici ce que dit le *Lancet* :

“ A l'hôpital de la petite vérole à Londres, chaque infirmière, avant d'entrer en service, est revaccinée, et durant 34 ans aucune d'elles n'a contracté la petite vérole.

“ Quelques années avant, pendant que le nouvel hôpital des variolés se bâtissait, et que plusieurs ouvriers y étaient régulièrement employés à la construction pendant plusieurs mois après que les patients furent reçus, la grande majorité de ces ouvriers qui avaient été soumis à la revaccination échappèrent tous à la maladie, tandis que deux cas arrivèrent parmi ceux en petit nombre qui n'avaient pas été revaccinés.”

S'appuyant sur un vaste champ d'expérience pratique, plutôt que sur des considérations théoriques, le Dr Seaton, de Londres, est d'avis que tout enfant doit être revacciné à ou vers l'âge de puberté ou encore plus tôt, lorsque la petite vérole sévit dans une localité, ou lorsque la vaccination première et originaire a été imparfaite.

En France il faut avoir son billet de vaccination plutôt que celui de confession. On exige le premier, on ne vous parle pas du second. Dans les institutions publiques le billet vaccinal est de rigueur, surtout à l'armée, ce qui veut dire que la vaccination est compulsoire; il devrait en être ainsi dans tous les pays bien organisés.

En Allemagne, particulièrement depuis l'année 1823, aucun soldat n'est incorporé dans l'armée prussienne sans être aussitôt vacciné.

En France la pratique de la revaccination est acceptée. Aujourd'hui elle est d'ordre public et elle est prescrite pour l'armée française. Aussi on constate dans ce pays que la grande partie des mortalités par la variole est prise parmi la population civile qui s'occupe peu ou moins régulièrement de la revaccination.

Il n'y a pas de doute que l'on trouve des statistiques nombreuses qui montrent qu'il y a eu des accidents produits par la vaccination.

En face de la majorité des corps savants de l'Europe et des Etats-Unis, qui se prononcent tous en faveur de la vaccination, ces statistiques n'ont qu'une importance relative.

— Que n'a-t-on pas dit aussi contre la médication ordinaire, contre l'emploi de l'opium, de la morphine, du mercure, du chloroforme, etc ?

Bien des accidents ont été constatés par l'usage de ces remèdes. Pas de doute là-dessus, ils sont souvent mal administrés, et leur effet est déplorable. Mais où seraient les sommités médicales et leurs victoires contre les maladies humaines, s'il fallait mettre de côté ces principes médicaux, parceque souvent ils ont donné un résultat fâcheux.

D'un autre côté, les bienfaits de ces remèdes sont immenses et les tiennent en honneur et dans la confiance publique.

On peut dire qu'il n'y a aujourd'hui que certains vendeurs de préparations patentées et les empiriques qui les déprécient, voulant laisser la porte libre à leurs marchandises curatives de toutes les maladies—affaire d'argent.

Toute la difficulté vient donc souvent de la mauvaise administration ou de la qualité de l'article que l'on emploie. Je crois qu'il en est de même de la vaccine; on travaille souvent avec de la lymphe impure ou altérée, ou sur des sujets mal préparés; de là des accidents, viennent ensuite l'opposition et la violence du peuple indigné. La vaccination compulsoire sera toujours difficile, tant que le peuple ne sera pas complètement rassuré sur la pureté de l'article qui nous est fourni par les divers marchands de lymphe.

Le célèbre Trousseau, dans ses magnifiques Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, vol. 1, édition 1882, page 142, au cours de son étude sur la vaccine termine par la conclusion suivante :

“ La vaccine est le prophylactique de la variole, et la découverte de Jenner restera l'un des plus grands bienfaits de la médecine. Le seul défaut qu'on puisse lui reprocher, c'est que ce préservatif est devenu aujourd'hui assez souvent infidèle, l'immunité qu'il confère se perdant peu à peu.”

Je ne vois pas d'autre moyen de rendre salutaire la pratique de la vaccination qu'en mettant la préparation de la lymphe vaccinale sous le contrôle d'une autorité compétente et parfaitement indépendante, qui ne s'occupera que de la qualité et non de la quantité. De cette manière on ne sera plus obligé de recourir au pays étranger pour se pourvoir. Le proverbe est là : “ On n'est jamais si bien servi que par soi.” Et le but est très important, puisque c'est une question de vie ou de mort et d'un grand intérêt social, destinée à préserver tout un peuple contre les atteintes d'une hideuse maladie. La distribution de cette lymphe devrait être gratuite ainsi que la vaccination qui deviendrait alors facilement compulsoire.

Nos gouvernements envoient des commissaires pour activer l'immigration ou le commerce auprès des autorités européennes, pour s'enquérir des meilleurs moyens à prendre afin d'augmenter la richesse nationale.

La vie des hommes est aussi un capital précieux. Pourquoi ne pas envoyer en France, en Angleterre et ailleurs consulter les pays plus avancés que nous sous le rapport de savoir entretenir et prolonger la vie humaine.

Plusieurs ministres de notre gouvernement, depuis quelques années, ont bien fait pour eux-mêmes ce voyage d'outre-mer, pour aller demander aux sommités médicales de l'Europe une santé que la science d'ici ne pouvait leur donner.

Avec un peu de bonne volonté, ces messieurs peuvent nous faire participer à leur privilège, sans sacrifice de leur part, puisque l'amélioration demandée peut se faire avec notre argent.

Des hommes qualifiés du Canada, sous la direction du gouvernement, devraient aller étudier le fonctionnement des institutions nationales de vaccine de ces divers pays, afin d'en faire profiter le nôtre au plus tôt. C'est de nécessité. Il est bon de faire venir des émigrés dans une jeune puissance et dans nos vastes domaines pour les peupler, mais il est rationnel et juste aussi, de chercher à conserver intacte la population actuelle par des moyens, éprouvés par l'expérience, que d'autres nations plus éclairées que nous emploient pour leur conservation. Dans la politique nos hommes publics aiment trop les résultats immédiats et dont le bien apparaît de suite. Il est agréable pour eux d'en voir les bons effets sur l'opinion, et de montrer leur savoir faire pour le bonheur du peuple, surtout en temps d'élection. Mais pour la vaccine, il faudra attendre un peu, les bons effets viendront plus tard. Le peuple bénira tout de même quand ils ne seront plus, ceux de nos gouvernants qui auront doté leur pays d'un établissement national de vaccine. La vie d'un grand nombre est à ce prix et la dépense n'est rien en vue du résultat qui se traduira par la fortune et le bonheur de la vie.

Ainsi donc pas d'argent mieux employé. C'est réellement mieux que de fondre des canons pour la guerre ou construire des chemins de fer. *Primo vivere*. C'est au peuple à forcer les députés à agir dans son intérêt sur cette question. La perspective leur paraîtra peu brillante et indigne de leur attention, une petite affaire comme la vaccine. Pouah ! ça sent la picote ! Le principe en lui-même est peu de chose il est vrai. Pour un grand nombre c'est une impureté, mais la variole nous décime, et ses conséquences sont désastreuses. Et cependant, le moyen préservatif est dans cette petite affaire.

En attendant, la main de Dieu nous frappe. Malgré les efforts et les dévoûements du moment, notre peu de préparation et notre imprévoyance entretiennent le fléau.

Espérons que l'expérience et les épreuves nous instruiront.

Il faut savoir profiter du remède que Dieu dans sa sagesse et sa bonté a mis à côté de la maladie pour nous guérir. Mais la sentence est toujours là. *Allez et travaillez à la sueur de votre front.*

DR M. J. PALARDY.

St. Hugues, 21 octobre 1885.

De la coqueluche et de son traitement par la résorcine. — M. MONCORVO, convaincu de la nature parasitaire de la coqueluche, la traite en badigeonnant l'orifice glottique avec une solution de 1 à 2 pour 100 de résorcine chimiquement pure. — *Lyon médical.*

Élévation des bras, signe de péritonite, par M. LEDIARD. — Dans le but de soustraire à toute pression les intestins distendus par les gaz, d'immobiliser son diaphragme, de rendre sa respiration thoracique, le malade élève instinctivement les bras, les mains au-dessus de la tête ou derrière l'occiput. Il y joint la flexion des cuisses sur le bassin. — *The Lancet.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Anévrysme de l'aorte.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Vous avez pu voir depuis quelques jours, dans nos salles, une malade atteinte d'un anévrysme de l'aorte. Cette malade désire quitter l'hôpital, bien qu'elle soit loin d'être guérie, je désire vous dire quelques mots au sujet de son cas, qui est particulièrement intéressant.

Je n'insisterai pas longuement sur le diagnostic de la maladie, car ce diagnostic s'impose à l'heure actuelle. Vous avez pu voir, en effet, qu'il s'agit d'une tumeur ayant perforé la paroi thoracique et s'étant fait jour au dehors, et que cette tumeur présente, de la manière la plus nette, tous les symptômes classiques des anévrysmes artériels : pulsations, battements, souffles, etc. Je sais bien que, même dans ces circonstances, on a pu hésiter, et que certains abcès de la région précordiale, subissant les influences des pulsations du cœur, ont pu en imposer pour une dilatation du cœur ou des gros vaisseaux ; mais les cas de ce genre, d'ailleurs fort rares, ne se présentent jamais avec un appareil symptomatique aussi net et impliquent tout au moins des hésitations qui véritablement ne sauraient se justifier dans le cas présent.

Mais, si le diagnostic de l'anévrysme est facile, il en est tout autrement des conditions dans lesquelles s'est développée la tumeur ; il y a là une inconnue qu'il serait fort intéressant de résoudre, mais au sujet de laquelle je ne puis mieux faire que de vous indiquer un certain nombre d'hypothèses rationnelles.

Si l'on se rapporte aux antécédents de la malade, l'on apprend qu'elle était bien portante lorsqu'un jour, à la suite d'un faux pas, elle fit un effort considérable pour se retenir et éviter une chute imminente. Au moment même de cet effort elle éprouva une douleur déchirante dans le thorax ; cette douleur dura quelques minutes, puis s'atténua et finalement disparut.

La malade toutefois ne se rétablit pas complètement ; car depuis cette époque elle a été sujette à un essoufflement facile, à des douleurs plus ou moins vives derrière le sternum, à de l'oppression, à des battements dans la tête, des fourmillements dans le bras gauche, des éblouissements, une certaine difficulté d'avaler, tous phénomènes qui se rencontrent d'habitude avec l'anévrysme aortique.

Ainsi donc chez elle, si on s'en rapporte aux renseignements d'ailleurs très nets et très précis qu'elle nous donne, son anévrysme aurait été la conséquence directe, immédiate d'un violent effort.

Ce n'est pas là un fait fréquent, et l'on doit même se demander, en raison de sa rareté même, s'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, ou bien au contraire s'il n'y a pas une relation réelle de cause à effet, entre la maladie et la circonstance à la suite de laquelle elle est apparue. Je penche plutôt vers cette dernière hypothèse, et je n'hésite pas à déclarer que l'effort a été, bien réellement, la cause déterminante de l'anévrysme.

Rapprochant, en effet, le cas de notre malade des cas sinon semblables, du moins analogues qui ont été mentionnés jusqu'à présent, dans les annales de la science, nous voyons que certains anévrysmes aortiques reconnaissent une cause traumatique: un coup, un choc sur le devant de la poitrine, une chute d'un lieu élevé. On sait encore que certains efforts violents ont pu provoquer une rupture de l'une des valvules sigmoïdiennes, et j'ai pu vous présenter, au cours de cette année, un cas dans lequel l'insuffisance aortique ne connaissait pas d'autre cause. M. Barié a publié également un cas semblable. Or, vous l'admettrez sans peine, un pareil fait n'est pas sans présenter quelque rapport avec la rupture des tuniques interne et moyenne de l'aorte, dont l'anévrysme peut être considéré comme la conséquence directe.

Dans le même ordre d'idées, je pourrai ranger certains anévrysmes aortiques développées à la suite d'une émotion violente. Tels sont les deux cas publiés par des médecins anglais, de femmes chez lesquelles un anévrysme aortique est subitement apparu à la suite de la lecture d'une sentence de condamnation à mort. Chez l'une de ces femmes, l'anévrysme ne tarda pas à se rompre et à entraîner la mort; chez la seconde, qui put être revue six semaines plus tard, l'anévrysme s'était comporté comme sur notre malade, c'est-à-dire que la tumeur avait perforé le thorax et était venue faire saillie sous la peau.

Bien que tous ces faits soit discutables, en raison de leur rareté même, il y a lieu d'en tenir compte, et ils nous permettent d'admettre la possibilité de voir l'anévrysme aortique provoqué à la suite d'un trouble grave apporté dans la circulation, qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'un effort violent ou d'une émotion vive. Notre malade s'étant trouvé dans l'une de ces diverses conditions au moment où apparemment pour la première fois, et en quelque sorte subitement, les symptômes de l'anévrysme, il est fort probable que c'est à cette circonstance que nous devons attribuer l'apparition de son mal.

Mais ce n'est pas tout: étant admise la cause occasionnelle de l'anévrysme, nous ne devons pas nous en tenir là, nous devons rechercher quelles ont pu être les causes prédisposantes de cet anévrysme. Je me refuse à admettre, en effet, que les efforts, les émotions, les chutes, etc., puissent jamais produire un anévrysme aortique, chez un individu dont les organes sont d'ailleurs normaux.

La prédisposition à laquelle j'ai dû tout naturellement songer, c'est que cette femme avait depuis longtemps une artério-sclérose, et que l'anévrysme a été la première manifestation de sa maladie artérielle. Mais j'ai dû bientôt renoncer à cette hypothèse, en présence de l'âge de la malade: trente-huit ans n'est pas l'âge de l'artério-sclérose, et notre malade ne présente aucun des symptômes de cette maladie, j'ajouterai que rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne nous permet de nous rallier à une pareille hypothèse. Elle n'est ni alcoolique ni goutteuse, et vous savez que ces deux diathèses sont celles qui prédisposent le plus à l'athérome artériel.

Peut-on invoquer la syphilis? Pas davantage; rien ne nous permet de dire que cette malade est syphilitique, et d'ailleurs, les altérations artérielles de la syphilis ne se portent pas sur l'aorte, mais bien sur le système artériel de l'encéphale; or, cette femme n'a jamais présenté de symptômes encéphaliques.

Si nous poursuivons avec le plus grand soin notre enquête sur les

antécédents de cette femme, la seule chose que nous trouvions, c'est l'existence d'une fièvre typhoïde développée vers l'âge de vingt ans et guérie dans les conditions de toute fièvre typhoïde qui ne s'accompagne d'aucune complication sérieuse. Faut-il faire remonter cette fièvre typhoïde l'origine de la faiblesse des parois aortiques, cause première de l'anévrysme ? J'avoue que je ne serais pas éloigné de le croire.

Je sais parfaitement que la fièvre typhoïde n'est pas mise d'habitude au nombre des causes capables de produire l'anévrysme de l'aorte, aussi n'est-ce qu'avec la plus extrême réserve que je me sens disposé à lui faire jouer un rôle dans le cas présent, mais enfin, ne savons-nous pas que cette maladie porte son action sur le système artériel, et qu'elle est capable de provoquer l'apparition d'artérites spéciales, transitoires le plus souvent, mais qui peuvent fort bien, dans certaines circonstances, provoquer des troubles nutritifs ayant pour conséquence une altération persistante dans la résistance de la paroi du vaisseau. Chez notre malade, cette artérite aurait porté plus spécialement sur l'aorte et n'aurait jamais disparu complètement. Il est vrai que cette malade n'a présenté, ni pendant ni après, la fièvre typhoïde, aucun symptôme important capable de nous faire supposer l'existence de cette aortite, mais un renseignement négatif à cet égard ne saurait avoir une bien grande valeur pour combattre mon hypothèse. C'est qu'en effet, l'aortite en général et celle qui accompagne la fièvre typhoïde en particulier, est d'un diagnostic prodigieusement difficile, je puis même dire impossible ; on peut la soupçonner, mais il est presque toujours impossible d'en affirmer l'existence.

Quoi qu'il en soit de la valeur de mon hypothèse, je vous la livre pour ce qu'elle vaut. Comme c'est la première fois que nous notons un anévrysme aortique, provoqué par une circonstance insignifiante, chez une femme dans les antécédents de laquelle il nous est impossible de découvrir aucune autre tare organique qu'une ancienne fièvre typhoïde, nous ne pouvons pas affirmer que cette fièvre typhoïde soit la cause occasionnelle de l'anévrysme, par contre, mais comme les lésions propres à cette fièvre typhoïde rendent possibles le développement de semblables anévrysmes, il y a lieu de rechercher si de nouveaux cas bien observés ne viendront pas un jour fournir de nouveaux arguments qui nous permettront de considérer comme un fait acquis une étiologie qui, jusqu'à présent, n'a pour elle que des probabilités plus ou moins vagues.

Quant au traitement que nous avons fait suivre à cette malade, il a consisté dans l'administration de fortes doses d'iodure de potassium. C'est là une méthode que l'on attribue généralement à un médecin anglais, mais qu'en réalité j'ai vu employer pour la première fois par Bouillaud.

Un pareil traitement a à son actif un certain nombre de succès incontestables, mais il compte également un chiffre considérable d'insuccès.

Il serait intéressant de savoir quels sont les cas justiciables de la méthode, et quels sont ceux qui ne le sont pas ; mais malheureusement nous sommes loin d'être renseignés à cet égard et, jusqu'à nouvel ordre, c'est tout à fait empiriquement que nous administrons le médicament. C'est qu'en effet nous ignorons absolument sa manière d'agir. On pourrait croire, et on a cru, que l'iodure

de potassium agit sur le seul anévrysme d'origine syphilitique. Que c'est en guérissant l'aortite syphilitique qu'il donne plus de solidité aux parois du vaisseau et leur permet de revenir sur elles-mêmes, mais il n'en est rien. L'expérience, en effet, démontre que certains anévrysmes aortiques, d'origine manifestement syphilitique, ont résisté à l'administration de l'iodure, alors que d'autres, développés en dehors de toute diathèse syphilitique, ont cédé assez facilement à l'emploi de cet iodure.

Dans ce cas particulier, nous n'avons pas obtenu d'amélioration. Il est vrai que la malade nous quitte malgré nous, et que la durée de son traitement a été trop courte. Or, on ne peut juger de l'efficacité de l'iodure dans les cas de ce genre, qu'après s'être soumis à son influence pendant un temps souvent fort long.—*Semaine médicale.*

Rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale, par le Dr Ch. GRIFFITHS.—Il existe souvent chez les rhumatisants de l'amygdalite et de l'hypérémie pharyngée. Sur cent cas de rhumatisme (de toutes formes) l'auteur a observé cet état chez soixante malades. Il en donne les raisons suivantes :

1^o Les tissus fibreux et les membranes fibro-séreuses étant attaquées de préférence par la *causa morbi* du rhumatisme (acide lactique) deviennent saturés et inoculés, pour ainsi dire, et sont pour cette cause à l'abri d'attaques ultérieures. L'acide lactique porte alors son action sur les portions de tissus pour lesquelles il a le plus d'affinité, en particulier sur la paroi fibro-musculaire du pharynx ;

2^o Si, comme on le suppose, l'acide lactique provient des matières amylacées qui entrent dans la constitution des aliments, ne pourrait-on pas supposer qu'il s'en produit, pendant la déglutition, une certaine quantité qui est portée sur les orifices des amygdales, ou absorbée par les glandes pharyngées, et exerce alors une action locale toxique ?

3^o En raison de la fréquence des affections du cœur dans le rhumatisme, est-il déraisonnable de croire que le muscle cardiaque étant affecté puisse amener des symptômes pharyngés par l'intermédiaire du sympathique et du plexus pharyngé ?

Quoi qu'il en soit, le salicylate de soude et le gaïac apaisent rapidement tous ces symptômes et apportent une preuve nouvelle à la théorie de la connexion de ces maladies. *Brit. Med. Journ.—Revue de laryngologie.*

Forme sudorale de la fièvre typhoïde.—M. le professeur JACCOUD décrit, dans un des chapitres de ses *Cliniques* récemment parues, une forme de fièvre typhoïde relativement fréquente en Italie, où elle a été étudiée en particulier par Borelli. Cette forme peut s'observer aussi dans notre région, quoique beaucoup plus rarement, et M. Jacoud en a observé plusieurs cas d'origine parisienne.

La maladie débute brusquement, sans prodromes, soit par un accès de fièvre, soit par une céphalalgie d'une violence excessive. Lorsque celle-ci a duré à l'état de symptôme isolé pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, un accès de fièvre éclate comme dans le premier mode de début. Cette fièvre commence par un frisson prolongé, évolue comme un accès de fièvre intermittente, mais dès ce premier accès, le troisième stade est remarquable par un phénomène éminemment

caractéristique, qui va se produire invariablement à chaque paroxysme, ce sont des sueurs profuses d'une abondance vraiment surprenante, qui inondent les linges et les draps du lit et en nécessitent le changement à chacun de leurs retours. Après l'accès de fièvre initial il y a une apyrexie complète qui dure généralement jusqu'au lendemain, mais la céphalalgie persiste avec une violence extraordinaire.

Dès la fin du premier accès, on observe un symptôme très important à connaître parce qu'il peut facilement égarer le diagnostic; c'est une modification du facies, qui devient de tous points semblable à celui de la rougeole à son début. Ce facies persiste pendant toute la première période, que M. Jaccoud désigne sous le nom de période d'intermittence initiale, laquelle peut varier de quatre à huit jours. Cette période est, en somme, caractérisée par des accès de fièvre séparés par de l'apyrexie, de la céphalalgie, de l'insomnie et ce facies particulier. Il y a cependant des cas moins nets où l'apyrexie est moins complète et dans lesquels il y a un fond fébrile continu sur lequel se détachent les accès quotidiens; mais on n'observe jamais dans le premier septénaire l'abattement précoce de la forme commune.

Dans les cas types, la conversion de la fièvre intermittente en continue rémittente marque le début de la seconde période; quoique la fièvre soit alors continue, elle diffère de la fièvre de la dothinentérie vulgaire parce qu'elle conserve des allures paroxystiques extrêmement accusées. Il y a alors dans chaque période de vingt-quatre heures au moins trois accès, et il n'est pas rare d'en rencontrer quatre ou même cinq; ces accès sont faciles à constater, non seulement par l'exploration thermométrique, mais parce qu'ils s'accompagnent de frissons, de tremblement, de refroidissement périphérique, et surtout de sueurs profuses qui ne manquent jamais et qui sont le caractère fondamental de cette forme morbide. Les heures des accès n'ont d'ailleurs absolument rien de régulier; l'élévation de température résultant de l'accès varie entre quelques dixièmes et deux degrés.

La période d'état dure en général trois semaines, rarement moins, souvent plus; pendant ce temps la fièvre reste continue rémittente, mais le nombre des accès diminue et tombe à deux dans le courant du troisième septénaire.

La troisième et dernière période est nettement intermittente comme la première, et dure environ un septénaire; le caractère sudoral du paroxysme persiste jusqu'à la fin; souvent même, les sueurs profuses se produisent encore après le début de la convalescence, alors même qu'il n'y a plus de température fébrile.

Telle est la marche générale de la maladie, mais il y a d'autres points qui la font différer d'une façon encore plus nette de la forme vulgaire; tout d'abord, quels que soient le degré et la durée de l'hyperthermie, il n'y a jamais de symptômes cérébraux, réserve faite de la céphalalgie du début: pas de stupeur, pas de délire, pas de somnolence, pas de vertige.

Les phénomènes intestinaux manquent totalement; la langue reste nette et humide. Les déterminations broncho-pulmonaires font défaut; quant aux urines, elles ne paraissent jamais contenir d'albumine. Enfin on observe d'une façon constante des sudamina, comme on pouvait le prévoir en raison de l'abondance des sueurs, et les taches rosées se montrent à peu près dans tous les cas, bien que paraissant plus fu-

gaces que dans les formes ordinaires. Les hémorragies intestinales paraissent aussi relativement fréquentes.

On peut donc dire qu'à part la tuméfaction de la rate, l'éruption rosée et l'hémorragie intestinale, quand elles se montrent, toute la maladie est dans la fièvre; le malade ne présente à aucun moment l'aspect typhique, et lorsque la période de la céphalalgie et de l'insomnie est passée, il n'est plus qu'un simple fébricitant dont les forces diminuent proportionnellement à la durée et au degré de la fièvre, et à l'abondance des pertes sudorales. L'amaigrissement a lieu, mais il est tardif, et toujours moins prononcé, sans comparaison, que dans la forme ordinaire. La durée enfin peut atteindre jusqu'à quatre vingt dix jours et au delà. Malgré cela le pronostic de cette forme paraît être bénin. Il faut reconnaître cependant que la thérapeutique peut l'aggraver, car il n'est pas rare de voir le médecin, trompé par les apparences, croyant avoir affaire à une affection paludéenne, administrer la quinine à des doses qui peuvent être nuisibles; et ce qui démontre précisément que cette affection ne peut nullement être considérée comme étant une des formes de la malaria, c'est que ce médicament n'a aucune action sur la température des malades, ainsi qu'on le voit, par exemple, dans la subcontinue palustre qui, par son aspect clinique, se rapproche beaucoup de la fièvre typhoïde commune.

L'étiologie spéciale de cette forme de fièvre typhoïde est encore obscure: on sait seulement qu'elle est assez commune dans l'Italie méridionale, et Borelli a fait cette remarque qu'elle n'a commencé à se montrer à Naples qu'après l'établissement de nombreux égouts qui, au lieu d'assainir la ville comme on l'espérait, ont accru l'insalubrité de certains quartiers, par suite de vices de construction. Parmi les cas d'origine parisienne observés par M. Jaccoud, l'un paraît présenter cette condition étiologique particulière. Il est donc vraisemblable que cette forme nouvelle et spéciale de fièvre typhoïde reconnaît pour cause des influences nocives afférentes à l'hygiène des localités et non pas des conditions climatiques ou telluriques. Un dernier point sur lequel insiste M. Jaccoud est ce fait que dans les formes ordinaires de la fièvre typhoïde on peut retrouver à l'état d'ébauches quelques-uns des traits distinctifs de cette nouvelle forme, comme les accès quotidiens, les inégalités de température, les sueurs, ce qui démontre que le contraste entre la forme commune et la forme napolitaine n'est pas aussi brusque, qu'on pourrait le croire tout d'abord
—*Abeille médicale.*

Sur le thorax des tuberculeux.—Dans un intéressant travail sur ce sujet, le *Lyon médical* publie un article de M. TRUC, qui se termine par les conclusions suivantes :

1o L'examen général du thorax mérite l'attention du médecin dans l'appréciation de la valeur physiologique des sujets. Cet examen peut être utilisé pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose au début;

2o Le tuberculeux présente habituellement un type thoracique spécial, caractérisé essentiellement par une atrophie générale et une physiologie particulière de la poitrine;

3o L'atrophie générale du thorax se reconnaît *de visu* et surtout par les mensurations multiples portant sur les principaux diamètres de la

poitrine; sa physionomie particulière est déterminée principalement par le rétrécissement de la partie inférieure et par la faible étendue de l'axe xyphoïdien.

4o On rencontre deux formes principales de thorax tuberculeux : la première, fréquente, habituelle, présente un type canoïde aplati, à base supérieure; la deuxième, plus rare, offre un type ellipsoïde arrondi.

5o Le thorax tuberculeux appartient surtout au phthisique héréditaire; on le rencontre aussi sur des sujets à tuberculose exclusivement périphérique et sur d'autres non tuberculeux, mais de constitution faible, de résistance organique suspecte.

6o Il est quelquefois acquis, mais il semble souvent essentiel, primitif, originel, résultant probablement de certains états diathésiques chez les ascendants.

7o Le thorax tuberculeux, indiquant une prédisposition à l'infection bacillaire, demande un traitement prophylactique hâtif et prolongé. Indépendamment de la médication pharmaceutique, ce traitement consistera dans une alimentation soignée, la vie au grand air et des exercices méthodiques.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Epithélioma de la commissure des lèvres. — Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.— Nous allons débarrasser tout à l'heure un vieillard de 60 ans d'un épithélioma des deux lèvres, puisque la tumeur occupe la commissure droite. En deux mots, voici comment les événements ont marché. Il y a dix-huit ans que ce brave homme a vu un petit bouton dont, pendant un certain temps, il ne s'est pas préoccupé. Puis, comme l'élevure grossissait, il est allé consulter différents médecins. On lui a appliqué des pommades qui, naturellement, n'ont rien fait. Enfin, il y a deux mois, cette petite tumeur s'est mise à prendre un développement si rapide qu'actuellement on trouve un énorme champignon, à surface grenue, qui sent horriblement mauvais, et qui saigne facilement.

Au point de vue du diagnostic différentiel, je n'ai rien à vous dire. Aucune autre espèce d'altération, en effet, ne pourrait être prise pour cet épithélioma que je vous engage fortement à examiner, car il présente tous les caractères classiques.

Quant à l'étiologie, nous la retrouvons et dans l'âge et dans la profession. Cet homme a 60 ans et est vigneron de son état. Il n'appartient pas, c'est vrai, à la classe inférieure, mais il n'est pas non plus de la crème de la société.

Ceci dit, j'ai maintenant à vous donner d'autres renseignements sur les lésions secondaires qu'a provoquées cet épithélioma. En effet, si nous faisons une enquête sur l'état des ganglions, nous ne tardons pas à trouver dans la région sous-maxillaire droite un ganglion, de la grosseur d'une noisette, qui paraît mobile. Quand est-il venu? je n'en sais rien; en tout cas, c'est un ganglion indolent, pierreux, et par conséquent sûrement spécifique. Du reste, qu'il ait la même nature histologique que la tumeur ou qu'il soit simplement inflammatoire, peu importe. En pratique, vous devez les enlever l'un comme l'autre, parce

que, s'il est sympathique, l'opération n'aggraverait pas beaucoup l'état du malade, tandis que, s'il est spécifique, vous débarrasserez l'individu d'une cause qui pourrait l'enlever tôt ou tard. Si nous poursuivons notre enquête, nous ne tardons pas à trouver dans la région sus-hyoïdienne du même côté un autre ganglion de la grosseur d'un grain de millet, et, dans la région sous-maxillaire gauche, au niveau de la carotide, quelques tuméfactions si petites qu'elles sont sans importance.

Voilà l'histoire de ce brave homme ; voyons maintenant ce que nous pouvons lui faire. Et tout d'abord, qu'il faille intervenir ! la chose n'est pas douteuse, parce que, si on l'abandonne à lui-même, vous savez tous qu'une mort épouvantable l'attend. Par conséquent, la seule chose que nous ayons à nous demander est la suivante : une opération est-elle possible ? Localement, oui, parce que l'extension du mal aussi bien sur la peau que sur la muqueuse n'est pas assez considérable pour ne pas nous permettre de réparer la brèche ; parce que les ganglions, le sous-maxillaire comme le sus-hyoïdien, sont enlevables, et parce que, somme toute, nous pouvons faire une opération complète. Maintenant, du côté de l'état général, existe-t-il quelques contre-indications ? Pas davantage ; les viscères n'offrent aucune lésion, cet homme est sain et, à part un peu d'athérome, n'a rien d'appréciable au cœur. Je suis très heureux de constater cette absence de lésion au cœur, parce que M. Verneuil m'a montré, avec trois observations à l'appui, que, dans le cas contraire, on pouvait voir parfois à la suite d'une opération à la face le malade mourir subitement. Pour mon propre compte, du reste, j'en possède une observation. Il s'agit d'un homme qui, deux jours après que je lui eus fait l'ablation d'un cancer de la langue, mourut subitement en lisant son journal.

Il est donc bien entendu que nous allons opérer ce malade ; comment ? Le voici : nous enlèverons la totalité de la tumeur en ayant soin de dépasser ses limites. Cela fait, pour rapprocher, le plus facile serait de recoudre les parties de bas en haut ; mais, comme en agissant de cette façon la bouche se trouverait reportée du côté gauche de la figure, nous tâcherons de la rapprocher autant que possible du côté droit de la face. Du reste, une chose me rendra beaucoup plus aisée cette manière de faire. Lorsque j'enlèverai, en effet, le ganglion sous-maxillaire, j'aurai une plaie qui me rendra la peau plus lâche. Ce n'est pas tout ; il est très probable que la glande sous-maxillaire y passera aussi de façon à ce que je puisse examiner les autres ganglions, afin d'être bien sûr de ne rien laisser.—*Praticien.*

Du mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies.—Nous signalons une excellente communication de MM. GOSSELIN et HÉRET à l'*Académie des sciences* (septembre 1885). Il s'agit d'un modificateur local, sinon nouveau, du moins nouvellement étudié à ce point de vue, nous voulons parler du sous-nitrate de bismuth. On sait que ce médicament a pour effet de diminuer l'écoulement sanguin post-opératoire. Dans la plupart des opérations faites sur des cobayes et des lapins, les auteurs ont noté l'absence d'écoulement par les intervalles des points de suture et l'absence d'épanchement appréciable derrière ces sutures : sur près de la moitié des animaux, ils ont obtenu une réunion immédiate absolue. Le sous-nitrate de bismuth, sans être coagulant par lui-même, le devient par l'acide nitrique qui

l'abandonne; mis en contact avec des surfaces traumatiques toujours humides, il laisse dégager son acide sur l'embouchure des capillaires qui y sont ouverts. Outre cette action coagulante, il possède une action astringente due tout à la fois à l'acide azotique naissant et à l'oxyde de bismuth, une action germicide et une action sédative spéciale. Ce sel doit être préféré à l'hydrate de bismuth qui n'a pas l'action coagulante et constrictive due à l'acide : il peut être employé soit en poudre, soit par arrosement au 1/50.

La communication est très intéressante à deux points de vue. D'abord pour les résultats qu'elle consigne, ensuite parce qu'elle nous paraît quelque peu battre en brèche les théories microbiennes avec lesquelles on explique trop facilement tous les résultats constatés depuis quelque temps.

Elle vient encore à son heure, l'iodoforme présentant des inconvénients puissamment mis en relief par les savants italiens réunis à Pérouse, et répondant à une communication de leur confrère, M. Simoncini.

M. Chercherelli rapporte un cas de méningite aiguë diffuse qu'il attribue à un empoisonnement par l'iodoforme, à la suite d'un évidement pour tuberculose du calcanéum.

M. Caselli a vu deux cas d'empoisonnement, l'un à la suite d'une plaie de la main, l'autre après une amputation du col utérin; les deux malades présentèrent des phénomènes de surexcitation et succombèrent au marasme.

M. Cicci a vu un empoisonnement, heureusement dissipé, consécutif à l'emploi de moins d'un demi-gramme d'iodoforme. Il fait remarquer que cet accident ne dépend pas de la quantité de l'agent médicamenteux, mais de la fréquence du renouvellement du pansement.

M. Ferrari a fait beaucoup d'expériences sur des liquides putrescibles (urine) et sur la viande fraîche, et il a reconnu que l'iodoforme à 5 0/10 ou 50 0/10 n'exerce aucune influence sur les phénomènes de putréfaction. Voilà donc un antiseptique pris en défaut et reconnu inférieur au procédé dit frigorifique. Aussi M. Tassi peut-il s'écrier au même congrès, sans être contredit par ses confrères, que l'iodoforme agit mécaniquement et non antiseptiquement.—*Revue médicale.*

Traitement de l'érysipèle.—Signalons encore, parmi les communications présentées à la *Société médicale de Pérouse*, celle de M. AMICI, qui offre un intérêt beaucoup plus étendu, et rentre absolument dans le thème que nous développons en cet article : la médecine progresse en se faisant chirurgicale.

Les travaux des anatomo-pathologistes, dit l'auteur, nous ont appris que, dans l'érysipèle, les lymphatiques sont envahis par le processus bien au delà de la zone couverte par l'exanthème; c'est en m'inspirant de cette idée que je suis arrivé à constituer un traitement abortif et réellement efficace de cette grave complication. Seulement, au lieu de me contenter de dépasser les limites du mal de 2 ou 3 centimètres, je les dépasse de 20 à 30 centimètres, convaincu que le système lymphatique offre déjà une certaine atteinte à cette distance des foyers. Je me sers de solutions phéniquées assez concentrées pour amener un érythème phéniqué; sur la cuisse, par exemple, quand la jambe commence à être envahie, ces solutions forment une barrière antiseptique aux microbes pathogènes.

Voilà déjà, on le voit, une façon chirurgicale de traiter une maladie parfois médicale.

Mais où la supériorité du procédé chirurgical devient évidente, c'est dans la circonstance suivante, rapportée par M. Caselli, répondant à la communication de son confrère Amici.

En 1870, dit-il, je soignais une femme pour une synovite du poignet et lui faisais faire des badigeonnages iodés ; une variole étant survenue, je remarquai que l'éruption épargnait tous les points touchés par l'iode. Depuis, j'ai fait faire des badigeonnages sur la face au début de toutes les varioles que j'ai eu à soigner, et j'ai vu la face presque complètement préservée. Les faits de notre confrère Amici sont d'accord avec cette observation et je les accepte, tout en faisant des réserves sur la théorie.

Il a bien raison, M. Caselli, de faire des réserves, car la théorie de la migration de l'érysipèle, invoquée par M. Amici, est encore loin d'être démontrée.

Nous venons de voir les hypothèses microbiennes en défaut sur le terrain des pansements, ne les admettons donc pas sans conteste sur le terrain des badigeonnages. Quoiqu'il en soit, voilà deux circonstances dans lesquelles deux maladies médicales sont améliorées, sinon supprimées, par une intervention directe et par conséquent dite chirurgicale.

Terminons cette série d'articles par l'exposition d'un petit procédé, lui aussi utile à connaître des médecins et des chirurgiens, ce sera notre dernière démonstration de la parenté des deux ordres de sciences médicales.—*Revue médicale.*

Pansement des brûlures, par M. B. MEURISSE.—La baudruche a été recommandée pour divers pansements, il faut encore signaler les avantages qu'elle procure dans le pansement des brûlures et dans celui des vésicatoires.

1^o Dans le pansement des brûlures, tout praticien connaît les douleurs et les difficultés des pansements au papier avec le liniment oléocalcaire ou avec la ouate.

Le papier se sèche, casse, devient adhérent, malgré la couche de liniment interposé ; avec la baudruche, tous ces inconvénients disparaissent. J'ai eu l'occasion, depuis plusieurs mois, d'avoir à panser des brûlures chez des enfants et j'ai établi un pansement différent ; chez l'un, un pansement au papier, avec liniment oléocalcaire ; chez un second, d'abord, pansement au papier, puis à la baudruche ; chez un troisième, pansement à la baudruche.

Les résultats de ce pansement chez ce dernier enfant étaient tellement satisfaisants (absence de douleurs, commodité du pansement, etc.), que les parents du deuxième, ayant eu connaissance des résultats de ce pansement à la baudruche, le réclamèrent pour leur enfant. Celui-ci, qui criait, pleurait à chaque pansement et dont les plaies étaient très enflammées, supporte aujourd'hui son pansement avec calme ; la plaie est moins vive ; en un mot plus de tiraillements, de saignements, comme dans le pansement avec le papier.

Il suffit, pour conserver la baudruche, de la laver à l'eau froide à chaque pansement, et la même peut servir, enduite de liniment oléocalcaire, pendant cinq à six semaines. Ce pansement est donc, en même temps, moins douloureux, plus facile et plus économique.

2° Beaucoup de malades redoutent ou refusent l'application des vésicatoires par la crainte des pansements consécutifs, que ceux-ci soient faits avec le papier, la ouate ou tout autre agent. Avec la baudruche, ces pansements ne sont plus à craindre; plus de tiraillements ni de douleurs; la baudruche enduite de cérat ou de tout autre corps gras, se décolle presque seule; il suffit de la soulever par un coin; elle tombe alors presque d'elle-même. Le malade n'a plus à craindre que l'application du vésicatoire: il ne redoute plus les pansements.—*Revue médicale.*

Pansements au sucre; résultats obtenus dans le service du professeur Lucke, de Strasbourg, par le docteur F. FISCHER.—Le pansement au sucre, dont il a déjà été question dans ce journal, paraît avoir donné des résultats exceptionnellement satisfaisants dans le service de clinique chirurgicale du professeur Lücke, à Strasbourg, d'après les renseignements fournis par M. F. Fischer, assistant de M. Lücke. Voici quelques détails sur cette intéressante question:

Depuis le mois d'avril 1873, le sublimé a été substitué à l'acide phénique pour la désinfection des plaies, dans le service de M. Lücke. Le sublimé en solution au 1/100^e a été très bien supporté par les enfants, contrairement à ce qui a lieu avec l'acide phénique, moins bien par les adultes: chez ces derniers, on a observé assez souvent des irritations légères des gencives, voire, dans quelques cas, une stomatite violente qui cédait, il est vrai, à des gargarismes au chlorate de potasse. Deux opérés ont été pris de selles sanguinolentes. Dans un cas (amputation de la cuisse), l'opération a été suivie d'une néphrite hémorrhagique qu'on crut devoir attribuer à l'emploi du sublimé. Aussi, pour les lavages des grandes plaies anfractueuses, en particulier pour l'opération de l'empyème, et lorsqu'il existait des signes d'une irritation rénale, on délaissait le sublimé pour le permanganate de potasse (solution forte). A la suite des lavages au sublimé, on a observé encore une modification de l'urine, qui n'avait pas été signalée jusqu'alors: elle consiste dans une coloration rouge de ce liquide qui devient en même temps trouble et fluorescent. Ce changement d'aspect se manifeste quarante-huit heures après l'opération, persiste en son plein pendant trois jours, pour ne disparaître complètement qu'au bout d'un septenaire environ. Des analyses faites par le professeur Hoppe-Seyler ont démontré que cette coloration rouge de l'urine était due à une augmentation de la quantité d'urobiline en suspension dans cette humeur; M. Fischer a, d'autre part, acquis la preuve qu'elle était une conséquence de l'élimination du sublimé.

Entre autres avantages reconnus à l'emploi du sublimé, M. Fischer mentionne d'une façon spéciale la diminution du nombre des érysipèles. Cette complication n'a été observée que deux fois en l'espace de dix-huit mois; un troisième opéré a été pris d'érysipèle de la face le vingt-sixième jour après une amputation, une érosion avait servi de porte d'entrée au mal. Ces trois cas d'érysipèle sont survenus à une époque où bon nombre de cas d'érysipèle (médical) étaient en traitement à l'hôpital de Strasbourg.

Pour le pansement consécutif, on a employé, dans les premiers temps, de la gaze imprégnée de sublimé et, un peu plus tard, le sucre. Après avoir rappelé un certain nombre de faits qui montrent que de

tout temps on a connu et mis à profit les propriétés antifermentescibles du sucre, M. Fischer décrit, de la façon la plus minutieuse, la technique adoptée par M. Lücke pour assurer l'antisepsie chirurgicale.

Les instruments sont plongés dans une solution d'acide phénique à 5 %, pendant une demi-heure; les mains sont désinfectées avec cette même solution. Le spray est réservé pour certaines opérations, telles que les laparotomies. La plaie opératoire est épongée, souvent irriguée avec la solution de sublimé. La désinfection des éponges est faite avec une rigueur particulière (une nuit durant, elles séjournent dans de l'eau courante; pendant huit jours, dans une solution phéniquée (5 pour 100), qui est renouvelée tous les deux jours). Le drainage, quand il y a lieu, est pratiqué avec des tubes en caoutchouc déposés pendant huit jours dans une solution phéniquée à 5 o/o. Les sutures et les ligatures sont faites exclusivement avec de la soie qu'on a fait préalablement bouillir pendant deux heures dans une solution phéniquée de même titre. Une fois l'opération terminée, on applique sur la plaie un sachet de sucre confectionné de la façon suivante: sur un morceau de carton recouvert d'une feuille de gutta-percha, on étale un morceau de mousseline dégraissée, de dimensions convenables. On verse par dessus du sucre en poudre très fine, qu'on tasse de façon à former une couche de un demi centimètre d'épaisseur; cette couche doit occuper en largeur une étendue suffisante pour déborder la plaie de 2 centimètres en tout sens. On replie les bords de la mousseline, et le sachet ainsi obtenu est fixé sur la plaie au moyen d'une épaisse couche de mousseline dégraissée, le tout recouvert d'une feuille de gutta-percha; les bords du pansement sont garnis de ouate. Autant que possible, le pansement est laissé en place pendant six à huit jours; il est levé plus tôt si la fièvre s'allume, ce qui est tout à fait exceptionnel; une fois les drains raccourcis et les sutures enlevées, on applique un nouveau sachet de sucre, confectionné comme le premier. Quand il existe une perte de substance de la peau, le sucre en poudre est appliqué directement sur la plaie.

Sous ce pansement, les plaies présentent un aspect des moilleurs; les téguments de voisinage ne sont point irrités. Dans quelques cas, où la sécrétion était très abondante, il est survenu de l'eczéma. Presque toujours, la cicatrisation s'est effectuée sans fièvre; très rarement, la température interne des opérés s'est élevée le soir jusqu'à 39° et au-dessus, beaucoup plus souvent, le second et le troisième jour après l'opération, à 38° et quelques dixièmes. La couche de sucre se laisse facilement imprégner par le pus; quand ses limites sont débordées, il faut appliquer un sachet de sucre supplémentaire, au point où le pus fait irruption. Les fils de suture s'accrochent ordinairement à la gaze qui sert d'enveloppe au sachet, mais on les détache facilement, sans causer de douleurs aux malades.

Sur 202 opérés qui ont été pansés au sucre, 5 sont morts: l'un, une femme, d'un érysipèle survenu à la suite de l'amputation d'un sein cancéreux; un autre, d'une néphrite hémorrhagique; deux autres ont succombé à la phthisie pulmonaire; enfin une jeune fille, amputée en plein stade septique, est morte dans le cours de l'opération.

M. Fischer a joint à son travail des tableaux schématiques et des observations détaillées, qui permettent de se faire une idée exacte de l'influence que le pansement au sucre exerce sur le processus de cica-

trisation. Ces documents ne se prêtent pas à une analyse rapide; nous nous contenterons d'en détacher le tableau suivant, qui fournit des éléments d'appréciation comparative sur la durée moyenne de la cicatrisation à la suite des grandes amputations pratiquées dans un certain nombre de services de chirurgie, en Allemagne :

	Bras.	Avant-bras.	Cuisse.	Jambe.	Amputation du pied.
Wœlfler, Vienne	21 jours.	23	61	42	61
Oberst.....	14-21	14-21	28-35	21-28	—
Balzer.....	28	22	42-56	28-35	—
Neuber.....	22	24	28	28	—
Cramer.....	24	25	27	29	13
Lücke.....	20	16	22	19	29

Nous ajouterons que le total des grandes amputations, à la suite desquelles on a employé le pansement au sucre dans le service de M. Lücke, s'élève à 37. Sur ce nombre, on compte deux cas de mort. Trois fois le processus de cicatrisation a été troublé par des complications intercurrentes; trente et une fois la cicatrisation s'est faite par première intention; dix sept fois il n'y a pas eu le moindre mouvement fébrile. Le plus souvent, on a eu recours à l'application de la bande d'Esmarch; lambeau circulaire dans le plus grand nombre des cas. Enfin, détail intéressant à noter, la plupart des grandes amputations ont été pratiquées par des étudiants attachés au service de M. Lücke. —E. RICKLIN, in *Gaz. méd. de Paris*.

PÆDIATRIE.

Étiologie et pathogénie des oreillons.—Clinique de M. le docteur OLLIVIER à l'hôpital des Enfants-Malades.—Je vais profiter de deux cas d'oreillons qui se sont présentés à ma consultation pour vous dire quelques mots sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Mon intention est surtout de vous démontrer pourquoi cette maladie est contagieuse. Il y avait déjà bien longtemps que les observateurs cherchaient à résoudre cette question, mais sans succès, lorsque les recherches de MM. Capitan et Charrin, qui furent communiquées à la Société de biologie, le 28 mai 1881, vinrent changer la face des choses. Ces recherches, sanctionnées depuis par M. Boucharde, portèrent sur la salive, le sang et l'urine. Chez treize malades, MM. Capitan et Charrin trouvèrent dans la salive et dans le sang des petits bâtonnets de 2 à 3 millièmes de millimètre et des micrococci. Quant à l'urine, sauf dans un cas, elle ne renfermait rien. Comment cela se fait-il? Je vous avoue qu'il me serait difficile de vous l'expliquer. Quoi qu'il en soit, ces microorganismes, cultivés dans le bouillon de Liebig, se développèrent à merveille. L'inoculation, par contre, fut toujours sans résultats. Cela tient-il à ce que les animaux sont réfractaires, car la chose n'a pas encore été tentée sur l'être humain, et pour cause? La question est à démontrer. Beaucoup de points sont donc encore à éclaircir; malgré cela, je veux, dès aujourd'hui, vous faire part de ce que j'ai trouvé chez un enfant que le hasard m'a permis d'examiner. Le premier, qui appartient à ma clientèle privée, est un garçon de

11 ans, un peu lymphatique, que j'avais déjà soigné en mars dernier pour une rougeole. De retour, le 15 avril, à sa pension où deux cas d'oreillons s'étaient produits, ce n'est que le 5 mai, c'est-à-dire vingt jours après, qu'il fut pris de courbatures, et qu'on constata un gonflement au niveau de la parotide gauche. Le lendemain, l'enfant me fut présenté. A part la tuméfaction qui existait la veille, je ne trouvai rien autre chose, pas même de ganglions engorgés. Le 7, par exemple, la mastication devint gênée, et, à l'angle de la mâchoire, existaient deux ganglions tuméfiés. Le nombre de pulsations était de 100, et la température de 38°5. Quant à l'examen de la bouche et de la gorge, il ne révélait ni rougeur, ni gonflement des amygdales. Le 11, tandis que le côté gauche diminuait, le droit commença à se prendre. Le 12, au gonflement de la parotide droite s'était ajoutée une adénopathie. Les choses, néanmoins, ne tardèrent pas à s'améliorer, et, particularité intéressante, bien que mon jeune malade ait toujours continué à s'alimenter et à travailler, il pâlit toujours notablement, et présenta un souffle anémique qui, depuis, a disparu.

Bien que, chez cet enfant, la salive et l'urine aient été recueillis sans précautions; bien que l'examen n'ait été fait que plusieurs heures après, les résultats, néanmoins, ont été plus que satisfaisants. On trouva, en effet, le 2 mai, dans la salive, outre un certain nombre de cellules épithéliales dégénérées, une grande quantité de micrococcus isolés ou réunis deux à deux, et des petits bâtonnets semblables à ceux décrits par MM. Capitan et Charrin, avec cette différence, toutefois, que ces micro-organismes n'étaient pas mobiles. L'urine, qui était colorée, à réaction neutre, et sans albumine, renfermait des micrococcus et des bâtonnets de même espèce. Il me resterait encore, pour que mon examen fût complet, à vous parler du sang. Malheureusement, cette étude n'a pu être faite, le père s'étant opposé à ce qu'on en retirât une seule goutte. Un deuxième examen, pratiqué le 17 mai, fournit les mêmes résultats. Enfin un dernier, fait le 20, alors que les oreillons disparaissaient, permit de constater que le nombre des éléments avait considérablement diminué.

Depuis cette époque, deux autres cas se sont présentés. C'est d'abord un enfant d'une bonne santé habituelle qui avait été pris de gonflement au niveau de la parotide gauche le premier juin. Dès son arrivée à notre consultation, deux jours après, c'est-à-dire le 3 juin au matin, nous constatâmes que la région parotidienne était douloureuse à la pression. A part cela et quelques picotements au même niveau, il n'existait ni coloration anormale de la bouche, ni gonflements ganglionnaires. L'appétit et le sommeil, de plus, ont toujours été excellents, et aujourd'hui, 8 juin, on ne trouve plus que quelques traces de la tuméfaction. Quant au deuxième, le plus grand, quelques picotements, le 2 juin, au niveau de la joue droite, l'ayant engagé à se regarder dans une glace, il constata que cette partie de sa figure était enflée. Ici encore, quoi qu'en dise M. Bouchut, la maladie est restée unilatérale.

Chez ces deux sujets nous avons pu examiner non-seulement la salive et l'urine, mais encore le sang. Dans ces trois liquides on a constaté la présence de micrococcus isolés ou adossés, et l'existence des bâtonnets. En résumé, la découverte de MM. Capitan et Charrin, plusieurs observations et nos propres recherches nous autorisent à supposer qu'il existe dans les oreillons un agent infectieux, bien que cette hypothèse

n'ait pas encore reçu la sanction de la reproduction par l'inoculation sur les animaux, et nous permettent d'aborder enfin une question sur laquelle on a tant discuté depuis Hippocrate, à savoir la pathogénie de cette affection.

Après avoir fait jouer un grand rôle au froid, à la diathèse rhumatismale (Bergeron), à la stomatite (Noël Guéneau de Mussy), je crois qu'il est bien plus simple de considérer les oreillons comme une maladie infectieuse engendrée par un agent spécifique. Il y a déjà bien longtemps, du reste, que cette assimilation avait été faite par Trousseau et par Laveran, mais, pour ainsi dire, sans démonstration. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui que la réalité des faits a succédé à l'hypothèse, on peut tenter, malgré les nombreuses lacunes qui existent encore, une conception nouvelle. La contagion, en somme, ne peut guère s'introduire que par deux voies. Ou bien, comme pour la variole, la scarlatine....., par les voies aériennes ou par les lymphatiques de la bouche, des intestins, et même de la surface du corps. Le gonflement de la glande parotide reste alors, dans ce cas, un accident local, de même que l'inflammation des plaques de Peyer, dans la fièvre typhoïde, et que les éruptions cutanées dans la rougeole, la scarlatine... Ou bien, par le canal de Sténon (les canaux des autres glandes salivaires étant trop étroits), pour s'infiltrer dans la parotide, et de là pénétrer dans tout le système lymphatique.

Maintenant, avec cette théorie, nous pouvons expliquer certains symptômes, et comprendre que, suivant le nombre des micro-organismes, l'intensité de la maladie sera plus ou moins grande. Prenons, par exemple, l'orchite. Il existe entre la parotide d'une part, le testicule et les ovaires d'autre part, quelque chose de frappant; c'est une sympathie très nette qui se trouve démontrée par la physiologie et par la clinique. On sait, en effet, que sous l'influence des mêmes excitants la sécrétion de la salive ainsi que celle du sperme augmente. De plus, il est assez commun de voir des enchondrômes se développer dans la parotide et dans le testicule. Cela, toutefois, n'est pas suffisant pour expliquer l'orchite; il faut donc, par conséquent, chercher une autre cause, à savoir les micro-organismes qui affectent surtout les tissus glandulaires. Mais, me direz-vous, pourquoi n'observe-t-on pas cette manifestation chez l'adulte? C'est tout simplement parce que cet organe fonctionne beaucoup à cet âge. On a signalé, également, la présence de l'albumine dans les urines, l'anasarque, certaines maladies du cœur, la cystite, des arthropathies.... Comment serait-il possible d'expliquer ces faits si l'on considérait les oreillons comme une maladie purement locale? Je sais bien que les anticontagionnistes prétendent qu'il ne s'agit, tout simplement, que d'une manifestation rhumatismale. A cela nous répondrons que les choses doivent se passer ici comme elles se passent dans la scarlatine, la variole.... Certainement on voit des épidémies, mais elles présentent toutes un caractère particulier; c'est que les cas ne se développent pas simultanément. L'influence du refroidissement n'a donc rien à voir ici, car il est certain qu'une pareille cause devrait agir immédiatement et non successivement, sur tous les individus exposés.

Vous voyez donc qu'en somme, aujourd'hui, il faut modifier nos idées sur une maladie qui a exercé la sagacité des médecins passés. Ces recherches nous permettent de comprendre comment la contagion peut se propager après la cessation des accidents. Reste encore à découvrir

le moment où l'agent infectieux cesse d'être éliminé par l'économie. Malheureusement, ce qui a été fait pour les poisons minéraux par Orfila, n'a pas, jusqu'ici, été réalisé pour les poisons organiques.—
Praticien.

Rétention d'urine chez un enfant de 6 mois. — M. ARNOZAN (de Bordeaux), dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, signale un fait de rétention d'urine chez un enfant de 6 mois, accident assez rare. Cet enfant, d'ailleurs bien constitué, qui habituellement rendait une urine abondante, n'avait pas uriné depuis trente-six heures; il crie et vomit, fait de fréquents efforts; on sent à l'hypogastre le globe vésical dur et volumineux. Les testicules sont rétractés vers l'abdomen et manquent dans les bourses. La verge, le périnée, l'hypogastre ne présentent rien à signaler. Le cathétérisme, pratiqué sans difficulté avec la plus petite sonde en gomme élastique de la filière Charrière, donne issue à 130 grammes d'une urine limpide, mais très foncée. L'enfant, aussitôt après, tette et s'endort. Le soir, nouveau cathétérisme amenant une quantité d'urine à peu près égale.

Au bout de deux ou trois jours, l'urine devint légèrement purulente; le cathétérisme dut être continué pendant une dizaine de jours. A ce moment, la miction arriva progressivement à se faire spontanément. L'enfant avait pris chaque jour un peu de bromure de potassium. Il fallut revenir encore une fois au cathétérisme, puis tout rentra définitivement dans l'ordre. L'enfant s'est très bien développé depuis; cependant, il n'est pas rare de le voir éprouver de la difficulté à uriner au sujet de la moindre indisposition, mais d'une façon très passagère.—
Paris médical.

Cure de la paralysie infantile par l'électricité, par le Dr DIVE, in *Los Avisos*, d'après l'*Archivio di patologia infantile*.

Dans un remarquable mémoire sur la paralysie infantile, le Dr Dive assigne à l'action du froid une part importante dans l'étiologie de ce processus morbide.

Parmi les 140 observations qui forment le substratum de cette thèse, l'auteur a rencontré 37 fois l'influence manifeste du froid; dans 19 cas, la maladie s'est déclarée au cours d'une fièvre typhoïde; dans 9 cas, il existait des tares nerveuses héréditaires; dans 3 cas les parents étaient adonnés aux boissons alcooliques, les 13 autres cas étaient des récides de la paralysie infantile elle-même.

L'auteur croit que le meilleur moyen de traitement consiste dans l'application de l'électricité, en combinant les courants galvaniques avec les faradiques. Les courants galvaniques peuvent, à eux seuls, guérir la maladie prise à son début.

Il faut nécessairement se servir d'une pile à courant constant et de faible action chimique et faire passer le courant descendant à travers la moelle, pour agir sur le siège même de la lésion, qui réside dans les cornes antérieures, et cela dès les premières semaines.

Par la suite, les muscles paralysés et atrophiés seront soumis à l'action des courants faradiques, et, dans la même séance, on appliquera immédiatement les pôles d'un courant continu, le pôle positif sur la colonne vertébrale, au niveau de la lésion, et le pôle négatif sur le trajet

des nerfs qui se rendent aux muscles atrophiés. A la fin, pendant les trois dernières minutes de chaque séance, il faut appliquer sur la colonne vertébrale les deux pôles du courant continu. Les applications doivent se suivre de deux jours l'un.—*Revue des maladies de l'enfance.*

De l'importance de l'isolement de cas légers ou douteux de scarlatine, par le DR CAMERON, in *The Lancet.*

L'auteur a été conduit à examiner ce sujet avec attention par ses fonctions d'officier de police médicale.

Tandis qu'il y a unanimité parmi les médecins sur la conduite à suivre dans les cas graves et bien caractérisés de scarlatine, on est trop porté à négliger les mesures d'isolement dans les cas légers ou douteux. C'est souvent ainsi que commencent les épidémies, surtout dans les groupes scolaires. On a trouvé, à l'école, des enfants en pleine période de desquamation, qu'on avait séparés peut-être un jour ou deux pendant l'éruption. Il y en a qui ne manquent pas, même un jour, l'école pendant tout le cours de la maladie, et beaucoup d'autres enfants attrapant la scarlatine dans ces conditions, en sont morts.

Il arrive le plus souvent naturellement qu'aucun médecin n'est appelé et que la maladie est méconnue par les parents ; mais dans un grand nombre d'autres circonstances, il n'y a pas de doute que les parents ont bien cru avoir affaire à la scarlatine, quoique sous une forme très légère, ou qu'ils en ont admis la possibilité sans précisément la reconnaître, et qu'ils se sont débarrassés du souci de garder l'enfant, par une coupable négligence.—*Revue des maladies de l'enfance.*

De l'arthrite purulente aiguë chez les petits enfants. — Cette affection a une marche rapide dès le début. L'enfant est pris en pleine santé de fièvre et de douleurs très vives dans l'articulation qui doit être atteinte (genou, coude). En même temps, les tissus environnants sont le siège d'une violente inflammation. La fluctuation est rapidement appréciable et le seul traitement à opposer pour arriver à une guérison rapide et définitive, sans persistance de fistule ou d'ankylose, est l'incision suivie du drainage antiseptique. Le liquide qui s'écoule est abondant, composé d'un mélange de pus et de synovie. Si l'incision est retardée ou si l'affection est abandonnée à elle-même, les lésions anatomiques qui, au début, consistent en une inflammation intense de la synoviale, peuvent aboutir à des lésions du cartilage articulaire qui s'érode, s'amincit et peut disparaître. Telles sont les particularités principales de cette affection, décrite par M. Krause, chef de clinique de Volkmann, dans *Berlin. Klin. Wochensh.* L'auteur donne, en outre, la description du microbe spécial qu'il aurait découvert et qu'il rapproche du streptococcus pyogène de Rosenbach. Détail important à noter : cette affection n'a jusqu'ici reconnu aucune cause, soit locale, soit générale, en dehors de l'influence du jeune âge.—*Gaz. médicale de Nantes.*

MALADIES MENTALES.

Le folie de Riel et la justice anglaise.—L'article suivant a paru dans *l'Univers* du 10 novembre dernier, sous la signature de M. le Dr BOURQUE, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Jean de Dieu (près Montréal), et de M. le Dr GILSON, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris et attaché au service de M. le professeur BALL, à l'Asile Sainte-Anne.

Depuis quelque temps, la presse française s'est occupée avec intérêt du procès de Louis Riel, condamné à la pendaison par la justice anglaise à la suite des mouvements insurrectionnels du territoire du Nord-Ouest de la confédération canadienne. Ce procès passionné en ce moment l'opinion publique au Canada. C'est que les faits qui amenèrent Riel devant les tribunaux sont bien propres à échauffer les passions politiques et à envenimer les questions, toujours si vivaces, de nationalité. La question s'est agrandie en quelques mois, et, sous le couvert du nom de Riel, s'agitaient les intérêts et les affections de ses nombreux compatriotes. Les uns le regardaient et le regardent encore volontiers comme un héros qui s'est sacrifié à la grande cause de l'humanité. Les autres voyaient en lui un rebelle et un coupable ; aussi le poursuivaient-ils avec un rare acharnement. Mais nous, étrangers aux passions du pays, nous qui ne connaissons de son agitation que les échos lointains, nous voudrions aborder la question avec l'esprit austère de la science et n'examiner le procès de Riel qu'au point de vue de la médecine mentale.

Pour nous, Riel est un aliéné. C'est un aliéné de génie, si l'on veut, comme la pathologie mentale en compte déjà plusieurs exemples, mais c'est un aliéné, et partant, il est et doit être considéré comme irresponsable. Plusieurs journaux du Canada ont avancé la même opinion, mais le plus souvent d'une manière dubitative. C'est que Riel ne professe que sur certains points des idées insensées, et sur tous les autres il se montre d'une lucidité presque parfaite. Comment comprendre ces longs intervalles de lucidité, coupés çà et là par des discours insensés ou inintelligibles ? C'est que les personnes étrangères à la pathologie mentale se font une idée fautive de la folie et regardent celle-ci comme une longue suite d'idées incohérentes et absurdes. Elles ignorent l'existence des cas si intéressants de manie raisonnante, de monomanie, de délire partiel, avec lesquels les aliénistes français sont familiarisés depuis longtemps aujourd'hui.

Dans ces affections mentales, on voit les malades délirer sur un ou plusieurs points limités et garder sur le reste les apparences de la raison. Justement Riel est atteint de folie religieuse à forme raisonnante, et son cas, jugé à Paris, serait dès longtemps résolu. Considéré comme aliéné et comme irresponsable, il serait aujourd'hui enfermé dans une maison de santé. Les preuves de l'aliénation mentale fourmillent dans son histoire. Déjà interné il y a plusieurs années dans les asiles de Beauport et Saint-Jean de Dieu, il a donné depuis longtemps, comme l'ont affirmé les docteurs Roy (de Québec) et Clarke (de Toronto), des signes manifestes d'aliénation mentale. Les missionnaires André et Fourmond ont aussi fait le même témoignage.

Riel raconte naïvement à qui veut l'entendre qu'il est destiné à occuper les premières positions du pays. Les esprits lui ont fait des révélations particulières, il est prophète et chargé d'une mission divine. Comme chez tous les malades atteints de délire ambitieux, on rencontre chez Riel un sentiment exagéré de sa valeur, sentiment qui fait d'ailleurs sa force et lui donne une énergie presque surhumaine. Plein de foi dans son œuvre, il fascinait son entourage par son éloquence et dominait ses compatriotes, qu'il avait presque fanatisés. Il fallait avoir une ardente conviction pour lutter avec quelques centaines d'insurgés contre les troupes régulières du Canada et de sa métropole.

C'est pourtant ce qu'il entreprend et, fidèle au proverbe : " Qui se ressemble s'assemble," si souvent appliqué dans la médecine mentale, Riel s'entoure d'hommes exaltés ou fous, et son secrétaire Jackson est déclaré non coupable par la cour criminelle de Régina, comme atteint d'aliénation mentale. D'après Riel, les catholiques doivent abandonner Rome pour le suivre ; car son imagination est pleine de plans enfantins pour réformer le monde politiquement et religieusement. Il est certain, bien entendu, d'échapper à la potence ; s'il meurt, Dieu le ressuscitera, tellement sa mission est nécessaire : " Ce serait plus simple, dit-il, d'épargner à Dieu le trouble de faire un miracle. "

Un jour que Riel assistait à la messe, il entend prêcher dans un sens qui différerait notablement du sien. La messe finie, Riel traverse la foule et le sanctuaire, gravit les degrés du maître-autel, s'empare du livre des Evangiles et, se tournant vers la foule : " Quand les prêtres vous disent la vérité, ils mettent le livre de ce côté-là, s'écria-t-il, en montrant le côté de l'Evangile, et quand ils veulent vous blaguer (*sic*), ils montent là haut, " en indiquant le côté de l'épître. Voilà la conduite d'un fou ! voilà des faits analogues à ceux qui journallement amènent à Sainte-Anne les malades soumis à notre observation ! Pour Riel, le Pape n'est plus rien. Le dimanche ne doit plus être célébré, mais on doit observer le sabbat juif, c'est-à-dire le samedi. Dans le système de religion qu'il a élaboré, il n'est ni protestant, ni juif, ni mahométan : il est un peu tout cela.

Comme tous les aliénés, Riel s'oppose constamment à ce qu'on invoque la folie en sa faveur. Nous reconnaissons là l'insistance particulière à tous ces malades. Ils repoussent toujours loin d'eux l'idée d'aliénation et la considèrent même comme une grave insulte. Comme tous les aliénés aussi, Riel a la manie d'écrire, il fait lettres sur lettres, mémoires sur mémoires, ne sentant pas qu'il aggrave ainsi et compromet sa situation.

Riel eut un jour la conversation suivante avec le P. André : " Mon père, dit-il, je vous demande une faveur, et j'ose espérer que vous ne me la refuserez pas.—Quelle est cette faveur ? répondit le P. André.—C'est de demander à Mgr Taché de vouloir bien me permettre de célébrer la messe.—Mais qui vous a ordonné prêtre ? répliqua le P. André.—Les esprits, répondit Riel. Voilà une preuve manifeste d'aliénation mentale, de théomanie. L'aveu échappé à Riel est pour nous gros de conséquences. Cette simple parole révèle en effet un désordre profond des facultés intellectuelles, et nous dévoile l'existence d'hallucinations déjà anciennes et d'un délire ambitieux bien systématisé. Ce n'est, en effet qu'après avoir entendu avec persistance les mêmes voix, ce n'est qu'après une lutte laborieuse de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs mois, que le fou théomane en arrive à croire à l'objet de ses hallucinations et fonde sur elles des idées absurdes de grandeur.

Quoi de plus absurde que de vouloir célébrer la messe sans être ordonné, surtout chez un homme comme Riel, élevé dans la foi catholique ? Enfin, l'ordonnance presque rigoureuse et l'uniformité du délire de Riel, la systématisation, comme on dit en médecine mentale, de ses conceptions délirantes, prouvent, elles aussi, l'existence d'une folie ancienne et remontant peut-être à l'âge de la puberté.

Il ne faudrait pas croire que les monomanies ou délires partiels

(comme c'est le cas de Riel,) portant sur un point limité de nos conceptions, laissent intactes toutes les autres idées. Une conception délirante, folle, si limitée qu'elle soit, lorsqu'elle atteint l'intelligence, la frappe toute entière ; et nous sommes loin aujourd'hui du système de Gall qui croyait pouvoir diviser le cerveau en compartiments quasi géométriques ; aussi le délirant partiel est-il irresponsable au même titre que le délirant généralisé.

D'ailleurs, à certains moments, rares il est vrai, le désordre mental de Riel se généralise et confirme ainsi la loi que nous exprimons. Qu'on lise deux de ses lettres, l'une publiée dans la *Patrie* de Montréal, le 1er juillet 1885 ; l'autre, dans l'*Etendard*, de Montréal, le 4 août 1885. On rencontrera facilement dans la première une complète incohérence, et dans la seconde un enfantillage avéré. Dans l'examen médico-légal d'un inculpé, on doit toujours poser la question de la simulation. Dans le procès de Riel, nous pensons que cette hypothèse doit être absolument écartée. L'accusé, en effet, n'a pas attendu d'être en danger de mort ou de réclusion pour simuler la folie, et la maladie s'est manifestée déjà d'une manière éclatante en 1877 et 1878.

Riel n'essaye pas de forcer la note de ses excentricités, pour s'épargner une condamnation capitale. Au contraire, il entrave constamment la défense, pourtant si habile et si éloquente, de ses avocats, et il se défend bien fort d'être fou. Il exagère si peu le désordre de ses facultés que plusieurs personnes ont attesté l'intégrité de son esprit. On ne rencontre pas chez lui ce verbiage incohérent qui en impose si facilement aux gens du monde ; mais on trouve dans l'ensemble des symptômes une marche tellement régulière, nous dirions presque tellement scientifique, qu'il est impossible de croire à la simulation. Quand un inculpé veut simuler la folie, il a garde de conserver ainsi une lucidité de langage au milieu de laquelle un aliéniste exercé pourrait seul dévoiler la folie.

Pour étudier d'une manière complète le cas de Riel, il faudrait connaître ses antécédents héréditaires et les détails complets de son histoire. Nous attendons du Canada les documents nécessaires, pour publier prochainement sur lui une étude approfondie, écrite strictement au point de vue médical. Nous pourrions alors rapprocher de l'histoire de Riel celle de plusieurs malades observés par nous à Paris et atteints de folie religieuse. Cette comparaison jettera sur la question, nous n'en doutons pas, une vive lumière.

Peut-être notre appréciation paraîtra-t-elle sévère et dure aux admirateurs de Riel. Pour être aliéné, le chef des métis du Nord-Ouest n'en reste pas moins un homme de grand talent et digne d'admiration. L'histoire le considérera, croyons-nous, comme un aliéné de génie et, dans le domaine peu enviable de la folie, il s'y trouvera de compagnie avec plusieurs hommes célèbres que la médecine mentale range aujourd'hui sous ses lois. Citons en passant Socrate, Mahomet, Le Tasse, J. J. Rousseau, etc. Nous pensons que l'histoire de Riel était de nature à intéresser les lecteurs français. Assez souvent l'exemple de la liberté nous est venu d'Amérique, pour qu'aujourd'hui nous soyons fiers à notre tour de montrer le chemin de l'impartialité et de la justice à nos voisins les Anglais, à nos frères les Canadiens.

FORMULAIRE.

Alcoolisme.—*Bartholow.*

P.—Teinture de capsicum..... 6 drachmes
Teinture de noix vomique..... 2 “

M.—*Dose* : Vingt gouttes, dans un peu d'eau, toutes les quatre heures. Cette potion a pour effet de combattre le désir morbide qu'éprouve le malade pour les boissons alcooliques et de tonifier le système nerveux.—*College and Clinical Record.*

Diarrhée atonique.—*Bartholow.*

P.—Teinture d'aloës et de myrrhe..... 6 drachmes
Teinture de noix vomique..... ∴ 2 “

M.—*Dose* : Une demi drachme trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Syphilis tertiaire.—*Brinton.*

P.—Iode 1 drachme
Sublimé corrosif..... 2 grains
Iodure de potassium..... 3 drachmes
Eau..... 3 onces

M.—*Dose* : Une drachme, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Constipation chez les chlorotiques.—*Bartholow.*

P.—Extrait de noix vomique..... $\frac{1}{4}$ grain
Extrait de fève de Calabar $\frac{1}{4}$ “
Extrait de belladone..... $\frac{1}{4}$ “
Extrait d'aloës..... 1 “
Sulfate de fer 2 “

M.—Faites une pilule, à prendre trois fois par jour.—*Maryland Medical Journal.*

Emulsion d'essence de térébenthine.—*Ofner.*

P.—Jaune d'œuf No. 1 à faire émulsionner
dans eau distillée..... q.s.
Ajouter essence de térébenthine..... 10 à 36 gouttes
Suivant l'âge.

M.—*Dose* : Une cuillerée à café toutes les heures.—*Gazette médicale de Paris.*

Chancre phagédénique.—*Terrillon.*

P.—Acide pyrogallique..... 20 parties
Poudre d'amidon..... 80 “

Mélez avec soin. Insuffler, au moyen d'un soufflet, dans les anfractuosités de la plaie. Pansements renouvelés deux fois par jour. La préparation employée doit être fraîche et conservée à l'abri de l'humidité, dans un flacon bien bouché.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, DÉCEMBRE 1885.

Le discours de M. le Professeur Osler.

Il nous a été très agréable de pouvoir publier en entier le remarquable discours prononcé par M. le docteur Osler lors de la réunion annuelle de l'*Association médicale Canadienne*, en septembre dernier.

L'importance de ce discours n'échappera à aucun de nos lecteurs. M. Osler y a résumé d'une manière aussi habile que délicate, toute l'histoire de la médecine dans notre province. Il y avait là de pénibles choses à dire : elles ont été courageusement dites ; d'importantes réserves et de non moins importantes concessions à faire : elles ont été faites avec conviction, et, de l'ensemble de cette adresse, se dégage toute une somme de vérités que nous devons savoir gré à l'auteur de ne nous avoir pas cachées.

M. le Dr Osler a particulièrement insisté sur trois points principaux, et nous sommes heureux de constater, que sur ces trois points, les paroles de l'éminent professeur constituent une nouvelle et éclatante confirmation de trois thèses que nous avons toujours soutenues, à savoir : la sévérité des examens préliminaires, l'importance des cours de neuf mois (et de quatre années), et la création d'un Bureau central d'examens.

Depuis tant d'années que la lutte est engagée, le premier point seul est assuré. En effet, les examens préliminaires à l'étude de la médecine sont actuellement assez sérieux, croyons-nous, pour inspirer confiance à tous et nous rassurer sur la *qualité* des aspirants qui parviennent à sortir victorieux de cette première épreuve. Aussi M. le Dr Osler a-t-il pu dire avec raison que "l'organisation du Bureau pour les examens préliminaires dans la province de Québec devrait servir de modèle à toutes les autres provinces."

Malheureusement, nous n'entrevoions que dans le lointain le jour où nous serons dotés d'un Bureau central d'examens, et où la Législature adoptera un *Bill* en vertu duquel les élèves seront obligés de suivre neuf mois de cours par année, et cela, pendant quatre années consécutives.

Depuis deux ans environ, la question du Bureau central d'examens menace de s'agiter au sein du Bureau provincial de médecine ; mais tout s'est borné jusqu'à présent à de simples avis de motion. Ne serait-il pas temps de songer un peu sérieusement à élaborer un projet de loi dans le sens indiqué plus haut ? Il faut que la profession médicale se protège contre les trop abondantes *fournées* de jeunes médecins qui lui viennent chaque année, et contre les incapacités qui parviennent toujours à se faufiler dans son sein à la faveur des prérogatives quasi-illimitées des écoles de médecine. Il est temps aussi que comme province, nous nous protégions contre les médecins qui nous viennent des autres provinces et de l'étranger. On sait, par exemple, qu'aucun praticien de la

province de Québec ne peut aller se fixer dans Ontario sans être forcé d'y subir un examen devant le Bureau provincial. Eh bien, nous demandons qu'il y ait réciprocité, et que les praticiens d'Ontario qui se sentiraient pris du désir d'exercer dans notre province soient eux aussi obligés de passer par les rigueurs et les chances d'une épreuve sérieuse.

Quant aux cours de neuf mois et aux quatre années d'études, il devra s'écouler quelque temps encore—si l'on en peut juger par le passé—avant qu'ils soient adoptés par toutes nos universités et écoles de médecine. Jusqu'à cette année, l'Université Laval a été la seule institution qui les ait compris dans son programme et qui y ait tenu en dépit de tout. Aussi s'est-elle, par ce seul fait, trouvée dans des conditions relativement défavorables au point de vue de la compétition, nombre d'étudiants préférant suivre les cours d'institutions qui, ne donnant à leurs élèves que des cours de six mois, leur laissent six mois entiers de vacances et leur épargnent trois mois de pension à la ville. L'Université Laval, indépendante et libre, a préféré avoir moins d'élèves et ne pas sacrifier le principe des cours de neuf mois. Aujourd'hui, l'Université McGill vient de faire un pas décisif dans la même voie en obligeant les élèves à suivre ses cours pendant *quatre* sessions (quatre années) de six mois chacune, les forçant en outre à suivre *une fois*, (la troisième année) la session d'été qui jusqu'ici n'était que facultative. Il n'y a pas de doute que McGill en viendra au point précis où en est l'Université Laval et qu'alors les autres institutions se verront forcées de suivre l'exemple de leurs aînées. Nous appelons ce moment de toutes nos forces et nous nous estimerons trop heureux si nous avons pu contribuer de quelque façon à hâter la solution d'une question qui intéresse à un si haut degré la profession médicale canadienne.

Le cas de Riel.

Nos lecteurs prendront, sans doute avec grand intérêt, connaissance d'un article publié récemment dans l'*Univers* sous la signature des docteurs Gilson et Bourque, et que nous reproduisons page 562. Cet article présente d'une manière à peu près complète tout ce que la science avait à dire sur l'état mental du malheureux chef métis.

Nous croyons être dans le vrai en disant que, parmi les hommes de science qui ont examiné à froid le cas de Riel, il n'y a eu qu'une voix pour affirmer la folie du prisonnier de Régina. Pour avoir été faite à distance et d'après le seul examen des faits, sans aucun examen du malade lui-même, l'étude de MM. Gilson et Bourque n'en est pas moins exacte. M. le Dr Clark, surintendant de l'Asile des Aliénés de Toronto, dont il est parlé au cours de cette étude, n'est pas moins explicite, et a déclaré que, *sans aucun doute*, Riel était fou.

On a dit quelque part que Riel s'était fait interner à la Longue-Pointe et à Beauport dans le seul but de sauver sa tête alors mise à prix. Ceux qui ont vu Riel en ces circonstances et qui ont eu à s'occuper de son entrée, tant à Beauport qu'à St-Jean-de-Dieu, savent jusqu'à quel point la cervelle du chef métis était alors détraquée, et quel trouble ils ont dû se donner pour en maîtriser les accès. En outre, si nous ne faisons erreur, Riel s'étant enfui aux Etats-Unis après la mort de Scott, y a donné des signes tellement évidents d'aliénation mentale qu'il a dû

être enfermé dans une maison de santé, à Washington. Il n'avait alors aucun intérêt à se cacher.

Riel étant aliéné, était également irresponsable, ainsi qu'il résulte du fait même de sa folie, et aurait dû être enfermé pour la vie dans un asile. C'est ce que l'on fait toujours dans les pays où les maladies mentales sont étudiées et comprises comme elles doivent l'être. Jamais on n'y songe à faire monter un fou sur l'échafaud. Bicêtre et Charenton sont remplis de fous criminels, et quand l'on saura, en Europe, le sort que nous avons fait au rebelle du Nord-Ouest, on aura une idée assez mince de notre législation criminelle.

Nous n'entendons pas faire ici de politique ; ce ne serait ni dans notre rôle ni dans nos goûts. Mais le cas de Riel a présenté un immense intérêt au point de vue scientifique, et nous avons l'intime conviction que si ceux qui ont contribué à la condamnation ou à la mort de Riel avaient bien compris ce que c'est que l'aliénation mentale et l'irresponsabilité des aliénés, on n'aurait pas condamné le chef métis au dernier supplice. On a accusé de cruauté les juges de Riel. Il nous importe peu de savoir si l'on a tort ou raison. Mais nous savons bien que cette exécution nous a couverts de ridicule aux yeux du monde scientifique, et que, de l'autre côté de l'Atlantique, on haussera les épaules de pitié et peut-être de dégoût en apprenant que, de nos jours, il se trouve un pays où l'on se livre encore à de subtiles distinctions entre la responsabilité des maniaques et celle des monomaniaques (?), un pays où l'on ignore encore qu' "une conception délirante, si limitée qu'elle soit, lorsqu'elle atteint l'intelligence, la frappe toute entière," et que "le délirant partiel est irresponsable au même titre que le délirant généralisé."

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BUCK, (ALBERT, H.) M. D.—*A Reference Handbook of the Medical Sciences.*—Ouvrage de référence complet et commode traitant de sujets variés dont l'ensemble embrasse tout le champ de la médecine théorique et pratique, composé d'articles concis et de paragraphes courts, disposés par ordre alphabétique de sujets, et écrits par des auteurs experts dans leurs spécialités respectives.

Nous venons de recevoir de la maison William Wood & Company, de New-York, le 1er volume de ce magnifique ouvrage, grand in-quarto de 800 pages, illustré de quatre belles chromo-lithographies et de 585 gravures sur bois. La partie typographique ne laisse rien à désirer, caractère net et bien lisible sur papier fort, le tout en rapport avec la réputation de la maison William Wood & Company. Le "*Reference Handbook*" complet se composera de huit volumes, soit 6,400 pages de deux colonnes en caractère nonpareil.

Quatre-vingt dix auteurs différents, la plupart très favorablement connus en Amérique et en Europe, ont fait les frais du 1er volume. Comme il le dit dans sa préface, l'éditeur, le Dr Albert H. Buck, s'est trouvé en face d'un dilemme difficile à résoudre; on conçoit qu'un ouvrage traitant in extenso de toutes les questions médicales aurait nécessité un grand nombre de volumes et se serait conséquemment élevé

à un prix incompatible avec la bourse d'une assez grande partie des praticiens; d'un autre côté on aurait pu traiter chaque question en abrégé, le tout compris dans les huit volumes, mais alors aucune question n'aurait comporté les développements nécessités par les progrès incessants de la science. L'auteur a cru agir sagement, et en cela il n'y avait pas à hésiter, en laissant de côté les questions d'importance secondaire et en ne traitant que les sujets d'importance majeure et générale et en leur donnant les développements les plus complets. Ceux qui ne trouvent pas leur place dans le *Reference Handbook* peuvent au reste être étudiés dans les traités ordinaires.

D'après ce principe, et tel qu'il est, l'ouvrage couvre un immense terrain, expurgé de toute plante inutile, et traite à fond de toutes les questions qui peuvent intéresser sérieusement le médecin dans toutes les parties de son art.

L'essai sur les amputations forme tout un traité, il en est de même des articles: anémie, anévrysme, asthme, antiseptiques, sang, bronchite, cerveau, carcinome, cataracte, et de beaucoup d'autres.

En somme, le *Reference Handbook* nous paraît être un précieux complément de bibliothèque médicale et un ouvrage indispensable (parce qu'il peut dispenser de beaucoup d'autres) pour ceux qui ne peuvent garnir un grand nombre de rayons.

NOUVELLES MÉDICALES.

La variole est toujours en décroissance. En revanche, les cas de diphtérie et de fièvre typhoïde se font de plus en plus nombreux.

Nous apprenons avec peine que M. le Dr Desroches, Rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène populaire*, est depuis quelques semaines retenu chez lui par la maladie. Notre ami voudra bien agréer les vœux que nous formons pour son prompt rétablissement.

M. le Dr E. P. Lachapelle, professeur à l'Université Laval, est parti il y a quelques jours pour un voyage au Mexique. La santé de M. le Dr Lachapelle a été un peu chancelante depuis quelque temps et nous espérons que notre estimé collègue et ami nous reviendra tout à fait rétabli. Son retour est fixé au 15 janvier.

Nécrologie.—A Londres, W. B. CARPENTER, M.D., F.R.S., professeur à l'Université de Londres, et bien connu par ses travaux comme physiologiste; à Brooklyn, Samuel G. ARMOR, M.D., doyen de la Faculté du *Long Island College Hospital*; à Paris, M. J. B. BAILLIÈRE, doyen des libraires de médecine français; M. Maurice NOTTA, interne des hôpitaux de Paris, et l'un des rédacteurs de l'*Union médicale*.

NAISSANCE.

BLAGDON. —A St-Philippe de Néri, le 8 novembre, la dame du Dr. H. W. Blagdon, un fils.

MARIAGE.

MARSOLAIS-LAVIOLETTE —A Montréal, le 20 octobre dernier, A. R. Marsolais, Ecr., M. D., Laval, Montréal (classe de 1883), ex-interne de l'Hôpital Notre-Dame, à Mlle Marie-Corinne, fille de l'Hon. J. G. Laviolette, Conseiller Législatif.

TABLE DES MATIÈRES.

- Abscès, fétides, traitement des, 309; du sein pendant l'allaitement, traitement préventif des, 136; urineux, 18.
- Abdomen, durant la grossesse, du support à donner à l', 221.
- Ablation, de l'astragale, procédé d', 258; des ovaires dans le traitement des fibromyomes utérins et des hémorragies incoercibles, 372.
- Accouchement, des douleurs de l', 28, 187; traitement de la troisième période de l', 77; analgésie des voies génitales par application de cocaïne pendant l', 133; emploi des anesthésiques durant le travail de l', 172; emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l', 219; de la délivrance après l', 221; emploi de la quinine dans l', 314; influence exercée sur le travail par le laps de temps écoulé entre le premier et le deuxième, 372; influence du *cimicifuga racemosa* sur l', 372; l'antisepsie en, 462; difficile, 218; par le siège, délivrance de la tête dans l', 173; à terme, délivrance dans l', 131.
- Acide, phénique, en accouchements, 462; dans le traitement des hémorroïdes, 508; tannique en lavements dans le choléra, 303.
- Acné hypertrophique du nez, traitement de l', 522.
- Adénite syphilitique, de l', 229.
- Affaire Lynam, l', 44.
- Albuminurie, coma urémique consécutif à une, 347; diphthéritique et scarlatineuse, de l', 302.
- Alcoolisme, traitement de l', 89, 565; chez les prédisposés, 421; et gangrène, 405.
- Alexander, opération d', 134.
- Aliénés, les asiles d', 41, 235.
- Allaitement, de l', 319; sein et antisepsie pendant l', 369; traitement préventif des lymphangites et abcès du sein pendant l', 136.
- Alopecie, traitement de l', 330, 330.
- Aménorrhée, traitement de l', 222.
- Ammoniaque, dans le traitement de l'hémorragie, de la thrombose et de l'embolie cérébrales, du carbonate d', 504.
- Amputation, de la jambe, à lambeau externe, 162; du sein, pansement de l', 129, 166.
- Amygdalite et ses relations avec les accès fébriles de l'enfance, l', 419; ses rapports avec la diathèse rhumatismale, 548.
- Analgésie des voies génitales par la cocaïne pendant l'accouchement, 133.
- Anémie, chez les enfants, traitement de l', 88; essentielle, traitement de l', 89.
- Anesthésiques durant le travail, emploi des, 172.
- Anévrisme, était-ce un, 109; de l'aorte, 545.
- Anorexie, des hystériques, traitement de l', 299.
- Anthrax, considérations générales sur l', 49.
- Antipyrine dans la fièvre de consommation des phthisiques l', 503.
- Antisepsie, en accouchements, 462; pendant l'allaitement, 369; erysipèle et, 256.
- Anus, traitement du prurit de l', 33, 40.
- Aorte, anévrisme de l', 545.
- Aphrodisiaque, 88.
- APOSTOLI et DOLÉRIS — Sur un nouveau traitement électrique de l'hématocèle péritérine par la galvano-puncture négative, 438.
- Appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme, rapports entre l', 80.
- Arsenic, dans le goitre, 76; dans la leucémie splénique, 449.
- Artères, torsion des, 162.
- Arthrite aiguë, traitement de l', 203, purulente aiguë chez les enfants. 561.
- Asiles d'aliénés, les, 41, 235.
- Asthme, traitement de l', 89, 207, 426.
- Astragale, procédé d'ablation de l', 258.
- Ataxie locomotrice, traitement de l', 182, 474; chez les enfants, 418.
- Atropine, traitement de certaines formes de phthisie par le repos et l', 160.
- Avortement aux premiers mois de la grossesse, de la délivrance dans l', 131.
- Bains, chauds, traitement de l'éclampsie puerpérale par les, 313; de permanganate de potasse, 425.
- Baravena Milk Food*, 454.
- Bec-de-lièvre, traitement du, 27.
- Belladone contre le collapsus, emploi de la, 158.
- Bibliographie, 47, 94, 189, 239, 287, 335, 383, 431, 479, 527, 563.
- Bismuth, dans la dysssenterie des enfants, 9; le sous-nitrate dans le pansement des plaies, 552.
- Blennorrhagie, nature parasitaire de la, 23; résurrection de la, 457; traitement de la, 140, 509.
- Bléphanite, traitement de la, 140.
- Bossus, pathologie des, 208.
- Bras, signe de péritonite, élévation des, 544.
- Bromures dans l'épilepsie, les, 385.
- Bronchite, traitement de la 115, 227; chronique, traitement de la, 453, chez les enfants, de la, 181.
- BROUSSEAU, Dr A. T., de la cystotomie comme traitement de la cystite chronique, 1; considérations générales sur l'antrax,

- 49 ; de la consolidation des fractures, 149 ; considérations générales sur le traitement des fractures, 193.
- Brulures, traitement des, 73 ; 554.
- Bubon suppuré, traitement du, 307.
- Bureau, central d'examen, 153, 185 ; provincial de médecine, 187, 234, 475 ; de santé, 332, 427 ; national de vaccine, 526.
- Calculs biliaires, traitement des, 183.
- Cancer, chez les syphilitiques, du, 409 ; de l'estomac, 117 ; du sein, pronostic et traitement du, 24 ; de l'utérus, 270 ; traitement du, 414, 514.
- Cancroïde, diagnostic d'avec le chancre syphilitique de la lèvre inférieure, 126.
- Carcinôme, du sein, indications opératoires dans le, 402 ; du testicule gauche, 506.
- Cardiopathie de la ménopause, 175.
- Catarrhe, de l'estomac chez les petits enfants, le sulfate de fer contre le, 471 ; gastrique chronique, traitement du, 183 ; gastro-intestinal, 379.
- Cérébraux, les, 10.
- Chancre, du col utérin, 268 ; infectant, diagnostic du, 327 ; traitement du, 328 ; phagédénique, traitement du 565 ; syphilitique de la lèvre inférieure, diagnostic d'avec le cancroïde, 126.
- Chancroïde, traitement du, 40, 90.
- Charlatans, les, 92, 202, 333.
- Cheveux, traitement de la chute des, 184.
- Chloral, 199 ; suppositoire au, 330 ; son emploi contre les sueurs nocturnes, 343.
- Chloroforme, traitement du ténia par le, 209.
- Chlorose, de la fièvre dans la, 61.
- Cholécyctomie, 262.
- Choléra, le, 432, 479, 528 ; lavements chauds à l'acide tannique dans le, 303 ; infantile, traitement du, 330.
- Chorée, 52 ; des anémiques, traitement de la, 426.
- Cimicifuga racemosa, son influence sur l'accouchement, 372.
- Circconcision, de la, 306.
- Cirrhose hépatique, de la, 245.
- Clavicule, traitement de la fracture de la, 511.
- Cocaine, 45, 198 ; dans la chirurgie infantile, 473 ; analgésie des voies génitales par application locale de, 133 ; traitement du vaginisme par la, 269.
- Coccygodynie, de la, 80, 411.
- Coccyx, résection du, 411.
- Çol utérin, chancre du, 268, déchirure du, 270.
- Coliques, hépatiques, traitement des, 183 ; néphrétiques, traitement des, 283.
- Collapsus, emploi de la belladone contre le, 158.
- Collège des M. et. C., P. Q. 191.
- Collutoire, 330.
- Coma urémique consécutif à une albuminurie chez un rhumatisant, 347.
- Complications pleurales du rhumatisme chez les enfants, 180.
- Compression élastique, traitement de l'arthrite aiguë par la, 203.
- Conception après l'ovariotomie bilatérale, 409.
- Condylômes syphilitiques, traitement des, 234.
- Congrès français de chirurgie, 191.
- Coniase biliaire, de la, 394.
- Consolidation des fractures, de la, 149.
- Constipation, traitement de la, 183, 379, 565.
- Contusions, traitement des, 40.
- Convulsions infantiles, traitement des, 51.
- Coqueluche, de la, 176 ; traitement de la, 276, 376, 379, 426, 544.
- Cordon enroulé autour du cou du fœtus, cause de dystocie, 77.
- Corps étrangers, de la gorge, des vomitifs dans les cas de, 171 ; de l'oreille, des, 337.
- Cors, topique contre les, 75.
- Coryza, traitement du, 15, 326, 380.
- Coude, de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du, 455 ; résection du, 455.
- Couperose, de la, 279.
- Coxalgie, résection de la hanche dans la, 263 ; tuberculeuse au début chez l'enfant, traitement de la, 84 ; et pseudo-coxalgie, 357.
- Crâne, trépanation du, 258.
- Croissance, de la, 324.
- Croup, guérison spontanée dans le, 303 ; membraneux, croup diphthéritique, 322.
- Cuisse, hygomas de la, 402.
- Cystite chronique, traitement de la, 1.
- Cystotomie comme traitement de la cystite chronique, 1.
- Décès, 96, 144, 240, 288, 384, 432, 480.
- Déchirures, du col utérin, 276 ; périméales, prophylaxie et traitement des, 465.
- Delirium tremens traité par la strychnine, 159.
- Délivrance, dans l'accouchement et l'avortement aux premiers mois de la grossesse, 131 ; après l'accouchement, 221.
- Dentition, les maladies dites de, 469 ; sirop de, 523.
- Dermatoses herpétiques, traitement des, 474.
- Désarticulation du genou, suites éloignées de la, 214.
- DESROSIERS, Dr H. E., des usages thérapeutiques du lait, 55 ; notes de thérapeutique, 196 ; de quelques usages des iodures, 289 ; traitement de la fièvre typhoïde ; les bromures dans l'épilepsie ; traitement de l'ictère catarrhal, 385.
- Développement de la profession médicale au Canada, du, 481, 529.
- Diabète, glycosurique chez les vieillards, du, 396 ; insipide, chez les enfants, contribution à l'étude du traitement du, 472.
- Diarrhée chronique, traitement de la, 523 ; atonique, traitement de la, 565.
- Diarrhées, traitement des différentes, 273, 322.
- Diathèse urique, traitement de la, 183.
- Digestion, de quelques troubles de la, 394.
- Digitale dans les maladies fébriles aiguës, emploi de la, 453.
- Dilatation, de l'estomac, 119, 354 ; du prépuce, 306 ; forcée du vagin, 370.
- Diphthérie, traitement de la, 40, 152, 200, 209, 244, 283, 344, 388, 433, 441, 443, 494 ; drainage et, 76.
- Dipsomanie, la, 34.

- Diurétique, 234.
 Doigts, gangrène symétrique des, 509.
 DOLLEY, Dr C. S., bibliographie d'un ouvrage du, 527.
 Douthienentérie et embarras gastrique fébrile, leur identité, 356.
 Douleur, du chlorure de méthyle contre l'élément, 297.
 Douleurs de l'accouchement, des, 28.
 Drainage et diphthérie, 76.
 Dysménorrhée, de la, 78.
 Dyspepsie, traitement de la, 40, 234, 379 ; utérine, 269.
 Dyspnée, 380.
 Dyssentérie, aiguë, traitement de la, 426.
 Dystocie par enroulement du cordon autour du cou du fœtus, 77.
 Easton, sirop de, 90.
 Eau, camphrée, dans le traitement du coryza, 15 ; chaude, pendant la grossesse et l'accouchement, emploi de l', 219 ; en injections intra-utérines dans les hémorragies puerpérales, 311.
 Eclampsie puerpérale, traitement de l', 29, 222, 313 ; durant le travail, 512.
 Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, 191. 479.
 Ethyma, traitement de l', 90.
 Eczéma anal, traitement de l', 518.
 EDWARDS, Dr J. F., bibliographie d'un ouvrage du, 239.
 Electricité, cure de la paralysie infantile par l', 560.
 Embarras gastrique fébrile, identité de la dothiénentérie et de l', 356.
 Embolie cérébrale, traitée par le carbonate d'ammoniaque, 504.
 Empyème, contribution au traitement de l', 166.
 Empoisonnement, par le tabac, 422 ; par le pétrole, 424 ; d'un enfant par le lait de sa mère, 424.
 Endométrite, traitement de l', 223 ; disséquante, de l', 315.
 Enfants, traitement de la dyssentérie chez les, 9 ; lavage de l'estomac chez les, 12, traitement des convulsions chez les, 51 ; de la pleurésie chez les, 82, 417 ; traitement de la coxalgie tuberculeuse au début chez les, 84 ; traitement de la vulvite aphthuse des, 86, valeur symptomatique de quelques signes isolés chez les, 86 ; du pouls chez les, 87 ; traitement de l'anémie et de la débilité chez les, 88 ; traitement de l'incontinence nocturne d'urine des, 148 ; complications pleurales du rhumatisme chez les, 180 ; de la bronchite chronique chez les, 181 ; de l'épilepsie chez les, 224 ; traitement de la leucorrhée chez les, 227 ; du traitement de la bronchite chez les, 227 ; traitement des différentes diarrhées chez les, 273 ; diagnostic des maladies des, 275 ; de l'érysipèle chez les, 418 ; trois cas d'axiologie locomotrice chez les, 418 ; le tétanos des petits, 419 ; de l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles chez les, 419 ; le sulfate de fer contre le catarrhe de l'estomac chez les petits, 471 ; contribution à l'étude du diabète insipide chez les, 472 ; l'électricité dans la paralysie des, 560 ; arthrite purulente aiguë chez les petits, 561.
 Engourdissement des extrémités supérieures, de l', 539.
 Entorse, traitement de l', 170.
 Ephélides, traitement des, 184.
 Épilepsie, les bromures dans l', 385 ; influence réciproque de la grossesse et de l', 174 ; dans le jeune âge, 224.
 Épingle à cheveux dans l'utérus, 373.
 Epistaxis, traitement de l', 305, 380.
 Ergot dans le traitement de la fièvre typhoïde, 66.
 Erysipèle, la méthode antiseptique et l', 256 ; chez les enfants et son traitement, l', 418 ; traitement de l', 553.
 Estomac, cancer de l', 117 ; traitement du catarrhe de l', 183, 471 ; de la dilatation de l', 119, 354 ; lavage de l', 12, 499.
 État de mal hystérique et état de mal épileptique, diagnostic, 246.
 Examen, extemporané du lait de la femme, 268 ; des urines, indications qu'il fournit à la pratique chirurgicale, 259.
 Examens, pour l'admission à l'étude de la médecine, programme des, 191 ; bureau central d', 153, 185.
 Extrait de foie de morue créosoté, 389.
 Femme, rapports entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la, 80.
 Fer, traitement du catarrhe de l'estomac chez les enfants par le sulfate de, 471 ; traitement des sueurs profuses des pieds par le perchlorure de, 521.
 Fermeture à bonne heure des pharmacies, la, 430.
 Fibro-myômes utérins, ablation des ovaires dans le traitement des, 372.
 Fièvre, dans la chlorose, 61 ; hectique, traitement de la, 234, 503, 523 ; hystérique, 159 ; traumatique, traitement de la, 90 ; typhoïde, formes bénignes et latentes de la, 247 ; traitement de la, 66, 385 ; forme sudorale de la, 548.
 Fièvres, traitement des, 158.
 Fissures du mamelon, traitement des, 184.
 Folie, morale, de la, 137 ; de Riel et la justice anglaise, 561.
 Forceps, emploi et abus du, 172.
 FOUCHER, Dr A. A., indications cliniques fournies par la pupille, 99 ; des corps étrangers de l'oreille, 337.
 Fracture de la clavicule, traitement de la, 511.
 Fractures, de la consolidation des, 149 ; considérations générales sur le traitement des, 193.
 Furoncle, traitement rationnel du, 251, 299.
 Gale, traitement de la, 40, 184, 281.
 Galvano-puncture négative, nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la, 438.
 Gangrène, et alcoolisme, 405 ; symétrique des doigts, 509.
 Gastralgie, traitement de la, 474.

- Gastroxie, de la, 248.
 Genou, suites éloignées de la désarticulation du, 214.
 Genu-valgum, ostéotomie et ostéo-clasie dans le traitement du, 278.
 Gerçures du mamelon chez les nouvelles accouchées, 135.
 Goitre, traitement du, 76; exophthalmique, 97.
 Gonorrhée, diagnostic chez la femme, 417; traitement par le permanganate de potasse, 307.
 Gorge, des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la, 171.
 Goutte, traitement de la, 62, 89.
 Grossesse, influence réciproque de l'épilepsie et de la, 174; emploi de l'eau chaude pendant la, 219; du support à donner à l'abdomen pendant la, 221; traitement des vomissements de la, 265.
 Guérison spontanée dans le croup, 377.
- Hanche, sa résection dans la coxalgie, 263.
 Hématocèle péritéridienne, nouveau traitement électrique de l', 438.
 Hémoptisie, et de son traitement, de l', 350; traitement de l', 283, 453.
 Hémorragie cérébrale, 52; son traitement par le carbonate d'ammoniaque, 504.
 Hémorragies, incoercibles, ablation des ovaires dans le traitement des, 372; puerpérales, leur traitement par les injections intra-utérines d'eau chaude, 311.
 Hémorroïdes, traitement des, 508, 523.
 Hémostatique, 378.
 Hernie irréductible, guérison d'une énorme, 459.
 Hernies, variétés de fausse réduction des, 169.
 Hôpital Notre-Dame, 96, 190, 335.
 Hydarthrose traitée par les lavages phéniques, 171.
 Hydrastis canadensis, emploi thérapeutique de l', 445.
 Hydropisie, traitement de l', 330.
 Hygromas de la cuisse à grains riziformes, nature tuberculeuse des, 402.
 Hyperémie cérébrale, traitement de l', 474.
 Hyperesthésie vulvaire, 370.
 Hystérectomie vaginale, 466.
- letère, valeur diagnostique de l', 65; catarrhal, 119; traitement de l', 385; infantile, 85.
 Impuissance, traitement de l', 140.
 Incisions exploratrices, des, 365.
 Incontinence d'urine chez les enfants, traitement de l', 148, 182.
 Infiltration d'urine et abcès urinaires, 18.
 Injections, intra-utérines d'eau chaude dans les hémorragies puerpérales, 311; hypodermiques, dans le traitement de la syphilis, 346; de morphine ayant causé la paralysie cardiaque, 398; vaginales après le travail, 411; contre la leucorrhée fétide, 468; antiseptiques, 330; interstitielles d'acide phénique dans les hémorroïdes, 508.
- Insomnie, traitement de l', 379.
 Iodoforme, dans le traitement de la vulvite aphteuse chez l'enfant, 86; dans le traitement de l'état puerpéral, 173.
 Iodures, des quelques usages des, 289.
 Isolement des cas légers ou douteux de scarlatine, 561.
- JACKSON, Dr A., notice nécrologique du, 383.
 Jambe, amputation à lambeau externe, 162.
 Jequirity, dans les affections de la peau, le, 281.
 Journal d'Hygiène populaire, le, 286.
- Kystes de l'ovaire, péritonisme dans les, 317; récidives malignes des, 517.
- Lactation et médicaments, 469; insuffisante, ses causes, 414.
 Lait, des usages thérapeutiques du, 55; de la femme, examen extemporané du, 268; maternel, empoisonnement d'un enfant par le, 424.
 "La mère et l'enfant"—bibliographie, 431.
 LARAMÉE, Dr A., les cérébraux, 10; chorée; hémorragie cérébrale, 52; du goitre exophthalmique, 97; de la rougeole, 145; du rhumatisme noueux, 241.
 LARUE, Dr L., Bureau central d'examen, 158.
 LARUE, Dr T., Était-ce un anévrysme? 109.
 Laryngite aiguë, traitement de la, 376; striduleuse, traitement de la, 229.
 LAURIN, Dr V., traitement de la diphtérie, 344.
 Lavage de l'estomac, chez les nouveau-nés, 12; dans l'occlusion intestinale aiguë, 499.
 Lavages phéniques, traitement de l'hydarthrose par les, 171.
 Laval, Université, 48, 190, 336, 432, 480.
 Lavements chauds à l'acide tannique dans le cholera, 303.
 Lettres aux deux Wilfrid—Cinquième lettre, 433.
 Leucémie, de la, 504; splénique traitée par les injections arsenicales parenchymateuses, 449.
 Leucocytose, de la, 504.
 Leucorrhée traitement de la 307, 380; fétide, injection contre la 468; infantile, traitement de la, 227.
 Lévr's, épithélioma de la commissure des, 551.
 Ligaments ronds, raccourcissement des, 134.
 LIPPE, Dr. J., charlatans, 202; traitement de la diphtérie, 443.
 Luette, traitement de l'hypertrophie de la, 283; œdème aigu suffoquant de la, 360.
 Luxation du rein, 500.
 Lymphangites et abcès du sein, traitement des, 136.
 Lymphôme, traitement du 261.
 Lynam, l'affaire, 44.
- Maladies, contagieuses, 382; dites de dentition, 469; fébriles aiguës, leur traitement par la digitale, 453; infantiles, leur diagnostic, 275.

- Mamelon, traitement des fissures du, 184 ;
gerçures du 135.
- Mammite, traitement de la, 183.
- Mariages, 96, 384, 528, 569.
- Médecin jugé par le client, le, 384.
- Médecine, bureau provincial de, 187, 284,
475 ; programme des examens pour l'ad-
mission à l'étude de la, 19.
- Médecins, trop de, 141.
- Médication intra-utérine, 134.
- Membranes, rupture spontanée des, 314.
- Membre supérieur, des monopégies trauma-
tiques du, 458.
- Ménopause, cardiopathie de la, 175.
- Méthyle, chlorure de, contre l'élément dou-
leur, 297 ; dans la sciatique, 206.
- Métrorrhagie rebelle, traitement de la, 523.
- Migraine, traitement de la, 296.
- MONON, Dr. C., bibliographie d'un ouvrage
du, 47.
- Monopégie, brachiale, cas singulier de,
249 ; du bras et de la jambe de nature
hystérique, 13.
- Monopégies traumatiques du membre su-
périeur, 458.
- Morphine, dans le traitement de l'obstruc-
tion intestinale, 496 ; paralysie cardiaque
à la suite d'une injection hypodermique
de, 398.
- Mort de cause dentaire, 71.
- MOUSSEAU, Dr J. O., traitement de la diph-
térie, 441.
- Naisances, 48, 96, 144, 240, 336, 384, 480,
569.
- Nécrologie, 48, 95, 144, 190, 240, 288, 336,
383, 432, 528, 569.
- Néoplasme chez un même sujet et dans une
même famille, de la pluralité des, 216.
- Néphrectomie, 473.
- Néphrite, aiguë, traitement de la, 449 ; al-
bumineuse chronique, diagnostic de la, 155.
- Névralgies, traitement des, 140.
- Névrose hypnotique, de la, 449.
- Nez, traitement de l'acné hypertrophique
du, 522 ; chez la femme, rapports entre
l'appareil sexuel et les corps érectiles du, 80.
- Nouveau-nés, de l'ictère des, 85 ; soins à
donner aux, 179 ; de l'œdème des, 179 ;
dangers du pansement phéniqué chez les,
226 ; traitement de la plaie ombilicale chez
les, 325.
- Obstruction intestinale guérie par la mor-
phine, 496.
- Occlusion intestinale aiguë, du lavage de
l'estomac dans l', 499.
- Œdème, des nouveau-nés, 179 ; suffocant de
la luette, 360.
- Opération d'Alexander, 134.
- Oreilles, des corps étrangers dans l', 337.
- Oreillons, étiologie et pathogénie des, 557.
- Orthopnée, de l', 399.
- OSLER, Dr W., du développement de la
profession médicale en Canada, 481, 529 ;
le discours de M. le prof. 566.
- Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, de l',
455.
- Ostéoclasie dans le traitement du genu-
valgum, 278.
- Ostéotomie dans le traitement du genu-
valgum, 278.
- Ovaire, péritonisme dans les kystes de l',
317 ; des récidives malignes des kystes de
l', 517.
- Ovaires, leur ablation dans le traitement des
fibro-myômes utérins et des hémorrhagies
incoercibles, 372.
- Ovariectomie bilatérale, conception après l', 409.
- Ozène, nature et traitement de l' 308 ; trai-
tement de l' 426.
- PALARDY, Dr M. J., étude sur la variole ;
moyen de préservation ; vaccination, 489 ;
2e étude sur la variole ; vaccination et re-
vaccination ; procès de la vaccine, 545.
- Palpitations, des, 204 ; traitement des, 380.
- Panaris, traitement du, 213.
- Pansement des amputations du sein,
129, 166 ; des brûlures, 544 ; permanent
des plaies, 213 ; des plaies par le sous-ni-
trite de bismuth, 552 ; phéniqué chez les
nouveau-nés, dangers du, 226 ; antiseptique,
quelques modifications nouvelles au,
510 ; siccatif, 510 ; au sucre, 555.
- Paracentèse du péricarde, 125.
- Paralysie cardiaque subite à la suite d'injec-
tions hypodermiques de morphine, 398 ;
infantile, cure par l'électricité, 560.
- Parapégie, tuberculeuse et, 112.
- Pasteur et M. le Dr Robillard, 334.
- Peau, le jequirity dans les affections de la,
281 ; de la térébenthine dans les affec-
tions de la, 495.
- Péricarde, paracentèse du, 125.
- Péricardite aiguë des vieillards, 349 ; sé-
reuse, traitement de la, 395.
- Périnée, prophylaxie et traitement des déchi-
rures du, 465.
- Périorrhaphie, 267.
- Péritonisme dans les kystes de l'ovaire,
317.
- Péritonite, traitement de la, 405 ; élévation
des bras, signe de, 544.
- Pessaire antiseptique de Hayem, 516.
- Pétrole, tentative d'empoisonnement par le,
424.
- Pharmacies, la fermeture à bonne heure des,
430.
- Pharyngite folliculaire, ses rapports avec la
diathèse rhumatismale, 548.
- Phlegmon péri-utérin, 317.
- Phosphates, sirop de, 90.
- Phosphatine Falières, 522.
- Phthisie pulmonaire, traitement de la, 160,
380 ; catarrhale, traitement de la, 453.
- Phthisiologie, 91.
- Pieds, traitement des sueurs fétides des,
184, 521.
- Pieds-bots, leur traitement par la suture des
ligaments du pied, 460.
- Placenta prævia, traitement du, 410.
- Plaie ombilicale chez les nouveau-nés, trai-
tement de la, 325.
- Plaies, pansement permanent des, 213 ; trai-
tement par le bismuth, 552 ; réunion par
la suture perdue, 510.

- Plaques muqueuses, traitement des, 234.
 Pléthore médicale, 200.
 Pleurésie aigue, traitement de la, 161 ; dans les quatre ou cinq premières années de la vie, 82.
 Pneumonie aiguë, traitement de la, 474 ; bacillaire aiguë, 390, 446 ; bilieuse, 58 ; franche, 390, 446.
 Pneumothorax, du, 294.
 Police sanitaire, 143.
 Polypes intra-utérins, 176.
 Potasse, emploi du chlorate dans la diphthérie, 388, 433, 443, 494 ; emploi du permanganate, dans l'aménorrhée, 222 ; dans la gonorrhée, 307 ; sous forme de bains, 425.
 Pouls chez les enfants, du, 87.
 Prépuce, de la dilatation du, 306.
 PRÉVOST Dr. L. C., lettres aux deux Wilfrid ; cinquième lettre, 433.
 Profession médicale en Canada, du développement de la, 481, 529.
 Prolapsus utérin et vaginal chez les vieilles femmes, du meilleur traitement palliatif du, 516.
 Prostatiques, conduite du médecin chez les, 362, 399.
 Prurit, traitement du, 282 ; vulvaire et anal, traitement du, 33, 40, 282.
 Pseudo-coxalgie, 357.
 Pupille, indications cliniques fournies par la, 99.
 Pustule maligne, traitement de la, 461.
 Pyrosis, traitement du, 426.
- Quinine, son emploi dans l'accouchement, 314.
- Raccourcissement des ligaments ronds, 134.
 Raie blanche dans la scarlatine, valeur diagnostique de la, 277.
 Récidives malignes des kystes de l'ovaire, des, 517.
 Réductions des hernies, fausses, 169.
 Rein, luxation du, 500 ; flottant, 500.
 Repos et atropine, traitement de certaines formes de phthisie pulmonaire par le, 160.
 Résection, du coccyx, 411 ; du coude, 455 ; de la hanche dans la coxalgie, 263.
 Résorcine, dans la coqueluche, 544.
 Rétention d'urine chez un enfant de six mois, 560.
 Rétroflexion utérine, 134.
 Retroversion utérine, 134.
 Revaccination, la, 540.
 Rhumatisme, rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec le, 518 ; articulaire, traitement du, 184, 233 ; infantile, complications pleurales du, 180 ; nouveaux, du, 241.
 Riel, sa folie et la justice anglaise, 561 ; le cas de, 567.
 Roséole, de la, 420.
 Rougeole, de la, 145.
 Rupture, spontanée des membranes avant le début du travail, 314 ; de l'urètre, 364.
- Santé, le Bureau de, 332.
 Scarlatine, valeur diagnostique de la raie blanche dans la, 277 ; traitement de la, 473 ; isolement des cas légers ou douteux de, 561.
 Sciatique, traitement de la, 206.
 Secret professionnel, 428.
 Seigle ergoté dans la fièvre typhoïde, emploi du, 66.
 Sein, abcès du 136, 369 ; pansement des amputations du, 129, 166 ; pronostic et traitement du cancer du, 24, des indications opératoires dans le carcinôme du, 402.
 Siège, délivrance de la tête dans l'accouchement par le, 173.
 Signes isolés dans leur diagnostic, valeur symptomatique de quelques, 86.
 Sirop de Easton, 90 ; de phosphates composé, 90.
 Société d'Hygiène, P. Q., 95.
 Spermatorrhée, traitement de la, 140, 283.
 Strychnine, traitement du delirium tremens par la, 159.
 Sublimé, en accouchement, le, 462.
 Sucre, pansements au, 555 ; laxatif, 234.
 Sueurs, fébriles des pieds, traitement des, 184, 521 ; nocturnes des phthisiques, traitement des, 89, 140, 343.
 Support à donner à l'abdomen durant la grossesse, du, 221.
 Suppositoire au chloral, 330.
 Suppuration, pathogénie de la, 310.
 Suture perdue, réunion des plaies par la, 510.
 Sycosis, traitement du, 293.
 Synovites à grains riziformes, nature tuberculeuse des, 402.
 Syphilis, réveil tardif de la, 232 ; traitement de la, 89, 329, 346, 565.
- Tabac, empoisonnement par le, 422.
 Table des matières, 570.
 Tænia, traitement du, 140, 183, 209.
 Tampon astringent, 513.
 Tarif minimum, 94.
 Tartre stibié, traitement de la pleurésie aigue par le, 161.
 Teigne tondante, traitement par le procédé de Foulis, 519.
 Térébenthine dans les affections de la peau, de la, 495 ; émulsion d'essence de, 565.
 Terpene, son emploi dans la phthisie catarrhale, de la bronchite chronique et de l'hémoptisie, 453 ; et terpinol, 196.
 Testicule, diagnostic des différentes tumeurs du, 506.
 Tétanos, traitement du, 168 ; des petits enfants, le, 419.
 Tête dans l'accouchement par le siège, délivrance de la, 173.
 Thalline, 197.
 Thérapeutique, notes de, 196.
 Thorax des tuberculeux, sur le, 550.
 Thrombose cérébrale, traitement par le carbonate d'ammoniaque, 504.
 Torsion des artères, 162.
 Toux convulsive, traitement de la, 471.
 Trachéotomie, de la, 180.

- Travail, traitement de la troisième période du, 77; injections vaginales après le, 411; éclampsie durant le, 512.
- Trépanation du crâne, 258.
- Tuberculose, traitement de la, 474; au point de vue chirurgical, de la, 67, 121; et paraplégie, 112.
- Tumeurs du testicule, diagnostic différentiel des, 506.
- Ulcères fétides, traitement des, 408.
- Urètre, traitement de l'hypermotilité de l', 523; rupture de l', 364.
- Uréthrotomie, de l', 304.
- Urine, infiltration d', 18; chez un enfant de six mois, rétention d', 560.
- Urines, indications fournies par leur examen à la pratique chirurgicale, 259.
- Urticair, dans le jeune âge, de l', 374; chronique, traitement de l', 184.
- Utérus, médication à l'intérieur de l', 134; rétroversion et réflexion de l', 134; chancre du col de l', 268; cancer de l', 270, traitement du, 414, 514; épingle à cheveux dans l', 373.
- Vaccination et variole, 331, 445, 489, 540.
- Vaccin, bureau national de, 526; procès de la, 540.
- Vaginisme, 370; traitement par la cocaïne, 269.
- Varicocèle, traitement chirurgical du, 254.
- Variole, la, 238, 381, 477, 479, 528, 540; et vaccination, 331, 489; et le bureau de santé, la, 427; traitement de la, 524.
- Version, de la, 366.
- Vertige, au point de vue séméiologique, du, 16; gastrique, traitement du, 380.
- Vessie, traitement de l'irritabilité de la, 183.
- Vieillards, du diabète glycosurique chez les, 396; péricardite aiguë des, 349.
- Vieillesse, traitement de la, 506.
- Vomissements de la grossesse, traitement des, 265.
- Vomitifs, dans les cas de corps étrangers de la gorge, des, 171.
- Vulve, traitement du prurit de la, 33.
- Vulvite aphteuse chez l'enfant, traitement de la, 86.
- Vulvo-vaginite, traitement de la, 513.

COLLABORATEURS

AU XIV^e VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| APOSTOLI, Dr, Paris, France. | LARUE, Dr L., Québec. |
| BERNARD, A. Et. Méd., Montréal. | LARUE, Dr T., Compton. |
| BROSSEAU, Dr A. T., Montréal. | LAURIN, Dr V., Ancienne Lorette. |
| CHOQUETTE, H. E., Et. Méd., Montréal. | LIPPÉ, Dr J., Kildare. |
| DELISLE, A., Et. Méd. Montréal. | MOUSSEAU, Dr J. O., St. Polycarpe. |
| DESROSIERS, Dr H. E., Montréal. | OSLER, Dr W., Philadelphie. |
| FOUCHER, Dr A. A. Montréal. | PALARDY, Dr M. J., St-Hugues. |
| LAMARCHE, Dr A., Montréal. | PRÉVOST, Dr L. C., Ottawa. |
| LAMARCHE, W. J., Et. Méd., Montréal. | ROTTOT, Dr J. P., Montréal. |
| LARAMÉE, Dr A., Montréal. | SMITH, G., Et. Méd., Montréal. |