

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872,

DIRECTION SCIENTIFIQUE :

MM. A. BERNIER,	MM. L. E. FORTIER,	MM. J. A. LE SAGE,
R. BOULET,	A. A. FOUCHER,	A. MARIEN,
E. P. CHAGNON,	L. de L. HARWOOD,	O. F. MERCIER,
R. DE COTRET,	H. HERVIEUX,	E. ST-JACQUES,
J. E. DUBÉ,	E. P. LACHAPÈLLE,	S. N. VALIN.

COLLABORATEURS DE L'ANNEE 1905 :

MM. Benoit,	MM. Dion,	MM. Mercier,	MM. Rhéaume,
Ciéroux,	Larondeau,	Nadeau,	Roy,
Dalgic,	Laramée,	Normand,	Sirois,
D'amours,	Lesard,	Pariseau,	Tourigny.

✉ Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr J. A. LESAGE, Secrétaire, 268, rue St-Denis, Montréal.

Vol. XXXV

1er JUILLET 1906

No 7

MEMOIRES

GROSSES ANOMALIES DE L'APPENDICE VERMIFORME OBSERVEES DANS 3550 AUTOPSIES.

Par A. P. HEINECK, M. D. Chicago, Ill.,
Chirurgien des hôpitaux Samaritain et Cook County ;
Professeur de chirurgie du Dearborn Medical Collège ;
Professeur-Adjoint de Chirurgie à l'Université de l'Illinois.

Toute donnée anatomique, pathologique et clinique concernant l'appendice vermiforme est toujours d'un grand intérêt pratique pour le médecin. La fréquence des états pathologiques dans cet organe, soit qu'ils soient dûs à une nature dégénérative, inflammatoire ou néoplasique, explique le grand nombre d'études qui ont paru sur l'appendice vermiforme. Il y a des conditions, des localisations, des dimensions et des relations générales qui sont normales. (Nous considérons comme anormal tout ce qui s'écarte de l'état normal). Maintenant comment pouvons-nous déterminer la nature et la fréquence de ces anomalies, plutôt dans leur localisation, dimensions, relations générales que dans leur nature anatomique? Par la comparaison et l'analyse des observations faites au cours des dissections, des opérations, des autopsies. La présente étude est basée exclusivement sur des observations faites sur des cadavres en cours d'autopsie.

Les rapports de 3550 autopsies consécutives et faites au hasard à l'hôpital "Cook County," du 1er janvier 1893 au 30 décembre 1905 inclusivement, furent l'objet d'un examen attentif. Ces autopsies furent pratiquées sur des malades morts à l'hôpital. Or il est à noter qu'une autopsie dans cet établissement ne peut être faite qu'en l'absence de toute protestation des amis ou parents du défunt.

Dans ces rapports aucune mention spéciale n'avait été faite à propos de l'appendice avant 1896. Jusqu'à cette époque la nature, la fréquence et l'importance des inflammations de cet organe n'étaient pas aussi bien comprises et n'avaient pas été aussi bien étudiées qu'elles le sont à présent.

La fréquence de l'adhérence de l'appendice vermiforme aux tissus et aux organes environnants a attiré notre attention.

Nous avons trouvé l'appendice vermiforme adhérent aux tissus ou aux viscères avoisinants 486 fois.

Il fut impossible de déterminer exactement dans quelle proportion l'état de "l'appendice adhérent" était dû ou à une cause inflammatoire antérieure débutant dans l'appendice, ou à une cause inflammatoire antérieure débutant dans les tissus adjacents et de là s'étendant à l'appendice. Ces adhérences intéressent le médecin, le pathologiste et le chirurgien. Elles sont fréquemment la cause de douleurs abdominales mal définies *adhérences* au gros intestin, à *l'intestin grêle*, *aux parois abdominales*; elles peuvent causer des troubles digestifs, *adhérences à l'estomac*, au foie, à la *vésicule biliaire*; elles peuvent être la cause de tenesme vésical, de tenesme rectal, adhérences à la vessie, à l'anse sigmoïde du colon, au rectum.

Ces adhérences peuvent amener la flexion, la torsion, l'obstruction de l'appendice, entraver sa circulation vasculaire, affaiblir son action péristaltique; elles peuvent être la cause de l'extension d'une inflammation de l'appendice aux tissus ou organes auxquels il adhère; elles peuvent amener l'appendice à servir de corde sur laquelle les intestins peuvent se tordre ou sous laquelle un noyau d'intestins peut s'étrangler.

Il peut en résulter dans les deux cas une obstruction ou une strangulation intestinale. L'appendice peut être caché dans une masse d'adhérences.

Sur 145 cas d'appendices chroniques adhérents examinés et étudiés à l'hôpital de la ville de Boston, 118 ne présentaient aucun signe d'affection abdominale à laquelle on pût attribuer la présence d'adhérences autre qu'une inflammation antérieure de l'appendice. Ils peuvent être, dans ce cas, considérés comme des cas d'appendices adhésifs primitifs et chroniques. Dans 27 cas *appendices adhésifs ayant causé des adhérences*, on a constaté d'autres lésions telles que: salpingite, hydrosalpinx, fibromyome de l'utérus; dans 3 cas, carcinome de l'utérus, et d'autres tissus du petit bassin; dans 3 cas, maladie de la vésicule biliaire; dans 2 cas, péritonite tuberculeuse, etc.

Ces adhérences compliquent toujours une opération et peuvent amener le chirurgien à modifier complètement son procédé d'opération, *appendectomie*. Par exemple, dans les cas où l'appendice est si intimement adhérent aux parois du cœcum qu'il semble plutôt en faire partie et qu'on peut l'en séparer avec sécurité; les parois séreuses et musculaires de l'appendice peuvent alors être divisées dans leur longueur et la membrane muqueuse et la couche sous-muqueuse l'atourées et amputées à leur jonction avec le cœcum. L'incision de la paroi musculaire et séreuse est alors suturée.

L'analyse de 48 cas dans lesquels l'appendice était adhérent donne la statistique suivante:

Appendice adhérent au cœcum.	357 cas.
" " " au muscle psoas... ..	44 "
" " " à un sac herniaire... ..	5 "
" " " à l'Epiploon... ..	16 "
" " " à l'intestin grêle... ..	18 "
" " " au colon ascendant... ..	10 "
" " " aux parois pariétales... ..	18 "
" " " aux bords du bassin pelvien... ..	8 "
" " " au rectum... ..	2 "
" " " à l'anse sigmoïde... ..	1 "
" " " à l'estomac... ..	1 "
" " " au foie... ..	2 "
" " " à la vessie	1 "

Dans les cas où il était adhérent au muscle psoas, quelquefois la position de l'appendice était parallèle à la longueur de l'axe du muscle, quelquefois transversale, quelquefois oblique.

Dans les cas d'appendices adhérents non mentionnés dans l'analyse ci-dessus, l'appendice était adhérent à plusieurs étran-
gements.

Cunningham dit: "les locations suivantes de l'appendice vermiforme ont été considérées comme normales par un ou plusieurs observateurs. 1° Sur le bord et dans le bassin, 2° derrière le cœcum, 3° en haut et en dedans vers la rate. Dans ces 3550 cas il a été noté que l'appendice était placé partiellement ou entièrement dans le petit bassin pelvien 155 fois. Ce fait montre l'utilité de l'examen rectal et vaginal dans les cas suspects d'appendicite; cela explique la fréquence des abcès du bassin dans les inflammations suppuratives de l'appendice vermiforme et la rupture de quelques-uns de ces abcès dans l'utérus, dans le rectum, dans la vessie.

L'appendice vermiforme a été trouvé dans un sac herniaire cinq fois. Dans chacun de ces cas nous avons affaire à une hernie inguinale du côté droit. Dans un de ces cas de hernie l'appendice était le seul viscère présent. Dans deux autres cas, une partie du cœcum se trouvait dans le sac herniaire avec l'appendice, dans le 4e cas, une partie de l'intestin grêle et l'appendice vermiforme formaient le contenu du sac herniaire. Toutes ces hernies étaient irréductibles par suite de la présence d'adhérences. Dans un de ces cas l'appendice contenait plusieurs calculs.

L'appendice était rétropéritonéal dans 12 cas. L'appendice rétropéritonéal peut occasionner, s'il devient enflammé, un abcès rétrocécal ou rétrocolique. L'appendice rétropéritonéal vermiforme tient une place importante dans l'étiologie des abcès sous-diaphragmatiques.

Kelly et Hurdon disent: la question, si l'appendice doit être un organe intrapéritonéal ou extrapéritonéal est principalement décidée par la position qu'il prend par rapport au cœcum ou au colon, qu'il soit dirigé en haut ou en bas ou, pour être plus précis, une fusion précoce entre le cœcum et la paroi abdominale postérieure est apte à produire un appendice ascendant ou rétropéritonéal, une fusion tardive amène un appendice pendant et intrapéritonéal.

Dans un cas, on trouva, sur un malade âgé de six mois, l'appendice dans le colon ascendant. L'extrémité inférieure de l'écœcum avait passé avec le cœcum à travers la valvule illéocœcale dans le colon. L'appendice à son extrémité cœcale était invertie dans l'intérieur de l'intestin, la moitié au-dessous du retrécissement était gangrenée.

Dans un cas l'appendice était hernié à travers son mésentère; il n'était pas le siège d'adhérences.

Dans un cas d'appendicite gangréneuse, l'extrémité cœcale de l'appendice s'ouvrait dans une large cavité purulente du foie. L'ouverture de l'appendice correspondait à la peau de l'abcès. L'ouverture de l'appendice correspondait au siège de l'abcès hépatique. Dans vingt cas l'appendice était ou partiellement ou complètement oblitéré. On a constaté que la complète oblitération du canal assurait une parfaite immunité contre des nouvelles attaques, mais que si une partie du canal restait perméable, la disposition pour d'autres attaques était augmentée. Dans neuf de ces cas, l'oblitération était due à une inflammation; dans les autres la cause n'était pas bien déterminée; soit que l'oblitération fut d'origine inflammatoire ou due à la dégénérescence. Dans un cas le rétrécissement était en-deça de l'étranglement, dans un autre l'appendice contenait un liquide muqueux au-delà de l'étranglement; dans un autre cas, la portion au-delà de l'étranglement contenait du pus.

Dans vingt cas l'appendice était tordu ou recourbé. Quelques-unes de ces flexions et de ces courbures étaient dues à des adhérences inflammatoires, d'autres à un méso-appendice raccourci. Dans dix de ces cas, les nœuds étaient d'origine inflammatoire, dans les autres la cause n'était pas déterminée. Le rétrécissement de l'appendice fut constaté dans neuf cas mais il était dû à une inflammation antérieure de l'organe. Dans ces autopsies la présence d'un appendice surnuméraire ne fut jamais constatée. On n'observa aucun cas d'absence d'appendice qui ne fut pas attribuable à l'ablation ou à la gangrène de cet organe. L'absence de l'appendice, résultat d'une opération, a été constatée 21 fois.

Les dimensions de l'appendice sont encore plus variables que sa location. Kelly et Hurdon, d'accord avec Ribbert, Berry et d'autres estiment la longueur de l'appendice à environ: "8 cc. ou de trois pouces à trois pouces et demi." Schlange dans le traité pratique de chirurgie de Von Bergmann donne comme longueur moyenne "9.2 cm; c'est-à-dire, trois pouces et demi."

Dans un cas, la longueur de l'appendice était	de	$\frac{1}{2}$	cm.
Dans deux cas	do	do	do de 3 cm.
Dans un autre cas	do	do	do de 21 cm.

Dans un autre cas l'appendice était normal, mais avait neuf pouces de long.

Dans un autre cas l'appendice mesurait dix pouces de long.

Les longs appendices sont fréquemment repliés sur eux-mêmes ou recourbés par un mésentère trop court et ils prennent à la suite de ces causes des formes bizarres, formes de huit ou de spirale, etc.

Les corps étrangers suivants furent trouvés dans l'appendice vermiforme :

Pépins de raisin — un cas.

Arrêtes de poisson (1 pouce et demi de long) recouvertes de dépôt calcaire — un cas.

Entérolithes — vingt-cinq cas.

Par entérolithe, nous entendons les matières fécales desséchées et de forme calcaire. L'appendice ordinaire et normal peut contenir des matières fécales, semblables à celles qui se trouvent dans le grand intestin adjacent. Bryant trouve des matières fécales 70% dans les cas d'adultes. Dans quelques uns de ces 25 cas, les entérolithes étaient solitaires, dans d'autres, multiples. Dans un cas il y avait deux grands et plusieurs petits calculs.

Dans ces 3550 autopsies, l'appendice vermiforme fut dix fois le siège de lésions tuberculeuses.

Un fait digne de remarque c'est que dans chacun de ces dix cas d'appendice tuberculeux il coexistait des lésions tuberculeuses dans d'autres parties de l'organisme et que dans tous ces cas on constatait invariablement la présence de lésions pulmonaires tuberculeuses (ulcéreuses, cavitaires, caséuses.) Aucun de ces cas d'appendice tuberculeux n'était primitif; tous étaient secondaires soit par continuité de tissu comme par l'extension d'une tuberculose intestinale d'anses voisines; soit par transmission vasculaire.

Nous sommes obligés de constater que la tuberculose de l'appendice vermiforme n'est qu'exceptionnellement primitive et isolée. Dans quatre de ces cas, l'organe était libre, il n'adhérait pas; dans six il était adhérent à quelques tissus voisins. Dans quelques cas le processus tuberculeux dans l'appendice vermiforme avait évolué jusqu'à la formation de plaques caséuses, dans d'autres à la formation d'ulcères, dans d'autres à la formation de granulations tuberculeuses. Dans quelques cas le processus était limité aux parois internes, dans d'autres aux parois externes,

dans d'autres toutes les parois étaient attaquées. Dans tous ces cas, l'appendicite tuberculeuse n'était pas accompagnée de symptômes suffisamment marqués pour faire soupçonner le diagnostic durant la vie.

Deux fois l'appendice était le siège de lésions typhoïdiques. Dans ces deux cas, des lésions typhoïdiques existaient dans d'autres parties de l'abdomen (intestins, glandes mésentériques rate.) Dans un cas il y avait des hémorragies sous-muqueuses, dans l'autre des ulcères.

Dans un cas il y avait une cavité entre les plis du méso-appendice, communiquant avec la lumière de l'appendice et contenant du pus.

Quarante et une fois l'appendice était le siège d'une inflammation aiguë (d'un caractère non suppuratif). Dans six cas du pus fut trouvé dans la cavité de l'appendice c'est-à-dire que nous avions affaire à un empyème de l'appendice.

Trois fois l'appendice vermiforme était le siège d'une maladie néoplasique. Dans chacun de ces cas, le néoplasme était un carcinome. Dans chacun de ces cas l'appendice avait été intéressé secondairement par le processus néoplasique. Dans chacun la tumeur primitive était dans l'estomac. Dans aucun cas on n'a trouvé dans l'appendice de tumeurs bénignes ou sarcomateuses. Dans deux des cas mentionnés la tumeur était apparemment secondaire par transmission vasculaire; dans un autre, secondaire par extension, par contiguité, l'appendice étant adhérent à un cancer de l'estomac.

Ce qui suit montre que les indications pour le traitement opératoire de l'appendicite ainsi que la technique opératoire des diverses opérations faites pour cet état de l'appendice furent mieux comprises pendant la dernière décade. — Entre 1893 et 1896 il vint à notre table d'autopsie 19 cas de péritonite consécutive à une opération pour l'appendicite; tandis que de 1896 à 1905 inclusivement il ne vint à la table d'autopsie que cinq cas de péritonite généralisée consécutive à une opération pour l'appendicite. A cette époque là, l'opération était retardée jusqu'à la formation d'un abcès péri-appendiculaire ou appendiculaire et l'opération consistait dans l'ouverture de cet abcès. Aucune tentative d'amputation de l'appendice n'était pratiquée.

Ces autopsies confirment les données suivantes concernant l'appendice vermiforme, à savoir:

1° Qu'il est presque toujours un organe intrapéritonéal, rarement extrapéritonéal, et alors en partie seulement.

2° Qu'il a été trouvé dans presque toutes les parties de la cavité abdominale ou du petit bassin.

3° Qu'il peut former le contenu ou une partie du contenu d'un sac herniaire.

4° Que sa présence dans un sac herniaire ne l'immunise pas des lésions pathologiques qui peuvent s'y déclarer lorsqu'il est normalement situé.

5° Qu'il peut être adhérent à n'importe quel organe ou tissu intrapéritonéal.

6° Qu'il peut être adhérent à quelques organes ou tissus extrapéritonéaux comme: le rein, le tissu cellulaire rétrocolique.

7° Que certaines conditions pathologiques observées semblent indiquer que les inflammations de l'appendice peuvent s'étendre jusqu'aux organes et tissus voisins auxquels il est adhérent et vice-versa.

8° Que dans le diagnostic d'affections abdominales et pelviennes on doit envisager la probabilité d'une appendicite ancienne ou active.

9° Que du pus peut être présent dans la cavité de l'appendice, dans ses parois; ou que la condition d'abcès péri-appendiculaire peut exister.

10° Que les inflammations de l'appendice peuvent ou se résorber ou former des adhérences ou conduire à l'oblitération partielle ou totale de cet organe, elles peuvent encore se terminer par un épaissement des parois de l'appendice, par la gangrène, par l'ulcération et la perforation de l'organe; elles peuvent se terminer par la suppuration.

11° Qu'une attaque d'appendicite prédispose à d'autres attaques jusqu'au moment où il y a oblitération complète de la lumière de l'appendice.

12° Que l'existence de l'appendice supplémentaire ne se présente pas.

13° Que l'absence congénitale de l'appendice, si elle se présente, est si rare qu'elle peut être ignorée au point de vue clinique.

14° Que la longueur de l'appendice peut varier de $\frac{1}{2}$ cm. à 2.6 cm.

15° Que la présence de corps étrangers dans la lumière de l'appendice arrive rarement; deux cas seulement, si on exclut les entérolithes, ayant été observés sur 3560.

16° Que les affections néoplasiques de l'appendice sont rares. Nous sommes portés à croire que les néoplasmes de l'appendice sont presque toujours secondaires, soit par continuité ou contiguïté de tissu, soit par transmission vasculaire. Nous n'avons jamais trouvé de cas primitif, quoique quelques cas aient été cependant observés.

17° Que cet organe peut être le siège de lésions de même nature que celles qui peuvent exister dans d'autres parties du canal digestif à savoir: typhoïdiques, tuberculeuses, actinomycosiques, dysentériques, etc.

18° Que l'appendice tuberculeux est presque invariablement secondaire.

19° Que la diminution, durant la dernière décade, dans la fréquence des péritonites généralisées consécutives aux opérations pour l'appendicite est due: 1° au diagnostic plus précis, 2° aux opérations plus précoces, 3° à l'ablation de l'appendice et de son mésentère dans les cas d'appendicites non compliquées d'abcès péri-cœcal 4° à une plus parfaite technique de la part de l'opérateur, 5° à la limitation de l'opération dans les cas d'abcès péri-cœcal, à l'incision, à l'évacuation et au drainage de la poche purulente si l'appendice n'est pas facilement accessible.

L'ADRENALINE CONTRE LES EPANCHEMENTS SEREUX A REPETITION.

Par le Dr J. E. D'AMOURS, de Papineauville.

Secrétaire de l'Association Médicale du district d'Ottawa.

Jusqu'à ces derniers temps, la thérapeutique, sans être complètement désarmée, arrivait difficilement à contrôler ou plutôt à tarir certains épanchements séreux simples ou hémorragiques entre autres, ceux des plèvres et de la tunique vaginale. Les thoracentèses fréquentes luttèrent assez avantageusement contre les épanchements pleurétiques séreux, de nature franchement inflammatoire; mais le médecin devait, à tout prix, reconnaître son impuissance en face des pleurésies hémorragiques cancéreuses ou tuberculeuses.

Les injections iodées, quand elles ne transformaient pas en hématoçèle traumatique, la lésion primitive, guérissaient assez souvent l'hydrocèle de la tunique vaginale; mais l'épanchement de nature cancéreuse ou tuberculeuse récidivait invariablement.

Or, voici que la thérapeutique, qui s'enrichit chaque jour, possède maintenant, dans l'*adrénaline*, une médication nouvelle qui, outre ses propriétés hémostatiques merveilleuses, si universellement connues, a une action spécifique, curative contre les épanchements séreux ou hémorragiques à répétition qu'ils soient de nature franchement inflammatoire, tuberculeuse ou cancéreuse.

Nul doute que nos maîtres: Potain, Lancéaux et Dieulafoy, qui eurent souvent mailles à partir avec certains pleurésies cancéreuses et qui avouent avoir pratiqué, dans l'espace de cinq mois, l'un 30, et les deux autres 37 et 42 thoracentèses chez certains de ces pleurétiques, sans jamais arriver à contrôler l'épanchement, qui se répétait sans cesse avec une rapidité surprenante, eussent désiré, dès lors, avoir en main l'adrénaline, qui n'eut pas manqué de leur procurer quelque moment de répit.

A. James Barr, médecin à l'University College, de Liverpool, revient le mérite d'avoir, le premier, pratiqué des injections d'adrénaline dans la cavité pleurale immédiatement après la thoracentèse, dans un cas de pleurésie hémorragique de nature cancéreuse. Et, résultat des plus remarquable, l'épanchement considérable (2½ litres) qui nécessitait, depuis trois mois, une aspiration tous les cinq jours, ne se reproduisit plus. Encouragé par ce résultat, l'éminent praticien tenta les mêmes injections,

dans cinq cas de pleurésies purement inflammatoires ainsi que dans trois cas de pleurésies tuberculeuses et grande fut sa joie de constater que chacune de ces interventions eut raison de l'épanchement qui ne se reproduisit plus dans la suite.

I. En mai 1905, j'avais sous observation une patiente atteinte d'épanchement hémorragique droit de nature cancéreuse avec, en plus, un hématome secondaire dans la plèvre gauche. Dans l'intervalle de quatorze jours, je dus pratiquer trois thoracentèses dans chacune des plèvres. Ma patiente, déjà cachectisée, réclamait d'ailleurs ces ponctions qui lui apportaient un soulagement temporaire, sans cependant enrayer complètement sa dyspnée. Chacune des interventions m'avait donné 1½ litre de liquide brun noirâtre, à droite, et 1 litre de liquide hémorragique brun plus clair, caractéristique de l'hématome, à gauche. Suivant le conseil du distingué professeur anglais, j'injectai dans chacune des plèvres, immédiatement après la troisième ponction, 4 grammes de la solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1000 au millième et j'eus la satisfaction de constater, que cette simple et unique intervention avait non-seulement enrayé complètement la marche de la sécrétion pleurale, mais aussi modifié à tel point les symptômes dyspnéiques et l'état général de ma patiente, qu'elle eut un moment l'illusion de croire à la possibilité de sa guérison. Alitée depuis un mois et demi, elle se lève, se rend à l'église suivre les exercices des quarante heures, je crois, et ne se remet au lit qu'un mois après pour mourir. Depuis le jour où je lui injectai l'adrénaline, je la revois deux fois par semaine. La percussion me donne une matité circonscrite à la pointe de l'omoplate droite (matité du nodule cancéreux). Mais je ne retrouve nulle part, dans l'une et l'autre plèvre, la moindre trace d'épanchement, les ponctions capillaires exploratrices qu'elle consent à me laisser pratiquer confirment mon diagnostic.

2IÈME OBSERVATION.—J'ai aussi à mon actif deux cas de pleurésie, dont l'un à sérosité franchement inflammatoire et l'autre, à liquide teinté, de nature tuberculeuse. Une seule injection d'adrénaline au 1000e a prévenu la répétition de ces épanchements, qui avaient nécessité, le premier, trois, et le second, quatre ponctions.

Emerveillé des résultats obtenus par le Dr Barr, contre les sécrétions des cavités pleurales, au moyen de l'adrénaline, le professeur Boinet, de Marseille, résolut d'appliquer la même médication aux cas d'hydrocèles simples et d'hématocèles spontanés ou traumatiques de la tunique vaginale.

Il commence par retirer le liquide au moyen du trocart, puis, il injecte dans la séreuse 2 cc. de la solution d'adrénaline au 1-5000. Il obtient maintes guérisons.

Un confrère Allemand, le docteur Ruffe, cite aussi de nombreuses cures d'hydrocèle, au moyen de l'adrénaline, entr'autres deux cas absolument rebels, datant, l'un de dix et l'autre, de sept ans, qui avaient, jusque-là, résisté à tous les traitements classiques tour-à-tour employés et qu'on avait dû ponctionner régulièrement tous les deux ou trois mois.

Voici, pour terminer, deux excellentes observations du docteur A. Yvert, médecin de Dijon, et que je citerai textuellement :

“ Hydrocèle moyenne survenue après une cure radicale de hernie. Après les mesures habituelles d'asepsie, ponction avec une aiguille Pravaz qui laisse écouler 4 à 5 centimètres cubes de liquide, puis injection de $\frac{1}{2}$ c. c. d'adrénaline au 1-1000. Pas de réaction, pas de douleur, mais également peu d'effet.

“ 4 jours après, nouvelle intervention qui produit cette fois, une réaction moyenne, gonflement, rougeur, *douleur faible*. Enveloppement ouaté, suspension. Le malade se lève le 2ème jour et au 15ème jour, le malade, définitivement guéri, quitte l'hôpital. Cinq mois après, pas trace de récidive.

“ Dans un second cas, hydrocèle de la grosseur d'un œuf d'oie datant de 5 mois, et consécutive à un traumatisme. Première injection d'un demi c. c. d'adrénaline au 1-1000 sans réaction. — 8 jours après, seconde injection, provoquant comme dans le cas précédent du gonflement, de la rougeur, toujours *sans grande douleur*. Enveloppement ouaté, guérison au bout de 14 jours.

“ En somme, continue Yvert, quelle que soit, des deux méthodes, celle à laquelle on donne la préférence, celle de Boinet ou la mienne, toujours est-il que les injections d'adrénaline conti-

“tuent un nouveau procédé de cure de l'hydrocèle, à la fois efficace et inoffensif et qui mérite assurément de fixer désormais l'attention.

— Cette action de l'adrénaline, contre les épanchements séreux à répétition, n'est pas le seul avantage qu'ait à son actif, outre ses propriétés hémostatiques, ce fameux remède que Loynoyez, annonçait dans la Presse Médicale de mai 7, 1902, sous ce titre de: “Un grand médicament de l'avenir, l'adrénaline.” Dans une prochaine étude nous parlerons d'autres propriétés non moins appréciables de ce produit merveilleux.

CHRONIQUE OBSTETRICALE

ECLAMPSIE.

PAR E. A. RENE DE COTRET,

Professeur-Adjoint d'obstétrique. Accoucheur de la Maternité.

Les quelques cas d'éclampsie que j'ai traités dernièrement avec succès par le *veratrum viride* et les nombreux travaux qui ont paru tout récemment sur cette terrible maladie m'invitent à écrire une chronique ou plutôt à faire une revue générale sur ce sujet.

Tout d'abord j'aurais des félicitations à adresser aux MM. les auteurs Ribemont, Dessaignes et Lepage pour une chose bien simple et bien petite et cependant qui est d'une importance assez grande, surtout pour la plupart des médecins qui ne savent pas que "Pinard s'est élevé en 1893, contre l'expression D'ÉCLAMPSIE "PUERPÉRALE qui peut faire croire qu'elle constitue une maladie "bien caractérisée;" et que "Pinard préfère la dénomination "D'ACCÈS ÉCLAMPTIQUES en spécifiant que ces accès ne sont "qu'une des manifestations de l'auto-intoxication gravidique."

Cette petite chose, je la trouve dans la TABLE ALPHABÉTIQUE du *Précis d'Obstétrique* par MM. A. Ribemont, Dessaignes et J. Lepage. En effet, j'ai devant moi la 2e édition du précis d'obstétrique et si j'y cherche le mot ÉCLAMPSIE je ne l'y trouve pas, tandis que la sixième édition du même *Précis* m'indique au moins où trouver la signification du mot éclampsie. C'est bien beau, et d'autant plus que les théories sur l'éclampsie ont tant changé qu'on peut croire qu'elles changeront encore souvent; oui d'autant plus beau que ces auteurs nous disent à la page 655 de la 6e édition pour confirmer mon opinion: "la thérapeutique "de l'éclampsie est variée: elle se compose d'un certain nombre "de pratiques dont les unes, nées de l'empirisme, ont été con- "sacrées par l'expérience, dont les autres, suscitées par les diffé- "rentes conceptions qu'on s'est faites de l'éclampsie suivant les "époques, ont été conservées en raison de leur efficacité relative."

Mais qu'importe à ces auteurs mes félicitations?

Tout de même, les Américains sont plus pratiques s'ils sont moins théoriques, et s'ils disent moins bien les choses. L'on trouve toujours chez les Américains ce que l'on cherche. C'est déjà un bon point. Cependant, dans tous les traités d'obstétrique on trouve à l'index le mot *éclampsie*.

Je laisse de côté ce sujet et je reviens au traitement de l'éclampsie. Que disent Ribemont Dessaignes et Lepage? contre l'éclampsie, le *chloroforme* pendant l'accès, "et, disent-ils, "en Allemagne et en Angleterre on emploie la *morphine*;" dans l'intervalle des accès, le *chloral* et, d'après Forak, les grandes irrigations rectales d'eau salée, et le lavage du sang par l'action combinée de la saignée et des injections sous-cutanées d'eau tiède salée.

Que disent ces auteurs du traitement obstétrical?

Pendant la grossesse: médication calmante, laïv, chloroforme, chloral, etc; *pendant le travail*: hâter la terminaison de l'accouchement par l'écarteur Tarnier et les ballons de Champétier de Ribes, et, même dans la majorité des cas, attendre la dilatation complète en usant du chloral et du chloroforme.

J'ouvre le *Traité de l'art des accouchevents* par S. Ternier et P. Budin à la page 737, tome troisième: "Il n'existe pas de traitement de l'éclampsie reposant sur des bases théoriques très solides. Aujourd'hui encore, les médications trop souvent infidèles auxquelles nous avons recours sont toutes empiriques."

D'accord, le traitement est empirique, mais ici au moins, on ne s'attache pas à quelques moyens ou à quelques médicaments; on est plus large. On a recours à la saignée, aux purgatifs, surtout aux drastiques, à l'entéroclyse, à l'emploi des bains chauds, au jaborandi, à la pilocarpine, au chloroforme, au chloral, à la morphine, au veratum viride, à l'oxygène, aux injections de solution salée. On montre les avantages et les inconvénients de chaque médicament ou de chaque méthode. Quant au traitement obstétrical, évacuation rapide de l'utérus, le pour et le contre; mais on dit tout, Et après l'accès? suivant les cas: saignée, purgatifs drastiques, bains prolongés.

Voilà qui s'appelle *Etre Américain, être universel*, ou prendre ce qu'il y a de mieux partout où on le trouve. La preuve la voici: Je consulte H. J. Garrigues, dans *A text book of the science and art of obstetrics*, édition de 1902. Le traitement de l'éclampsie consiste suivant les cas dans l'administration du chloroforme, du chloral, de la morphine (1½ grain en injection hypodermique), du veratrum viride à dose héroïque pour abaisser le pouls en dessous de 60, des injections sous-cutanées de solution saline, des

draps humides, de l'oxygène, d'huile de croton. Garrigues fait une dissertation sur la provocation de l'accouchement.

J. Clifton Edgar, dans "*The Practice of obstetrics*" ne varie pas beaucoup.

Pour Edgar il faut: 1° maîtriser les convulsions; 2° éliminer le ou les poisons qui peuvent être la cause des convulsions; 3° évacuer l'utérus sous anesthésie profonde, par une méthode rapide qui blessera le moins possible la mère.

Le chloroforme, la morphine, le veratrum viride, le chloral, associé ou non au bromure de sodium répondent au premier desideratum. Edgar place en première ligne le chloroforme, puis le veratrum viride et le chloral au troisième rang. Il a abandonné la morphine. D'après Edgar, quand on a pu abaisser le pouls en-dessous de 60 avec le veratrum viride, la convulsion est presque impossible.

Le veratrum viride abaisse la température, produit le relâchement du col de l'utérus, amène promptement de la diaphorèse et de la diurèse et l'élimination des produits toxiques. La dose initiale est de 10 à 20 minimes, avec répétition de doses de 10 minimes toutes les 30 minutes jusqu'à abaissement du pouls en-dessous de 60.

Edgar obtient l'élimination des poisons par les cathartiques, tels que l'huile de croton, la poudre de jalop composée, le calomel suivi des salins. Il traite le coma par des doses répétées de sulfate de magnésie ou d'eau de Villacabras, médicaments administrés avec un long tube rectal. La glonoïne est remarquable par ses propriétés diurétiques et anti-éclamptiques. Le veratrum est encore efficace sur ce point de l'élimination des poisons. Les bains d'air chaud, le drap mouillé sont excellents.

Il est vraiment beau de voir traiter par Edgar la question de l'accouchement rapide dans l'éclampsie.

Halte là! je m'aperçois que c'est de la revue critique que je fais et je n'en ai pas l'autorité et l'habileté. Ce que je veux c'est tout simplement faire un exposé de quelques-uns des derniers travaux sur l'éclampsie et de les mettre un peu en regard des classiques. Je pourrais, par là, prouver qu'on peut dévier quelquefois des règles que cherchent à imposer certains classiques, et cependant réussir parfaitement et obtenir des succès, quand, au contraire,

nous aurions essayé des défaites par les moyens ordinaires, ou fait fausse route en suivant les sentiers battus *par les pionniers*, nos maîtres. Ce que je voudrais aussi ce serait d'encourager mes confrères à recevoir des revues de médecines et à les lire. On s'instruit plus par la lecture des revues. On y trouve plus d'attrait et plus de variété. C'est *un chacun* qui expose sa manière de voir, sa façon de traiter. On peut le critiquer plus à son aise parce que ce n'est pas toujours une *autorité* qui écrit, et l'on n'est pas forcé de prendre pour *sacré* ce qu'on voit. Les pensées du *maître* sont écrites en lettre d'or et l'on croirait en faire ternir l'éclat si l'on n'y obéissait pas. Mais les idées *d'un chacun* peuvent quelquefois avoir plus de poids et de justesse tout en n'ayant pas autant d'éclat.

Ces jours-ci, vers 1 heure, a. m. arrivait à la Maternité, une patiente. Partie de la campagne en travail d'enfantement, elle accouche deux heures après son arrivée. A 5 heures du matin elle a un premier accès d'éclampsie; à 5 heures et quart, un second, et à 6 heures, un 3e. Après ce troisième accès le pouls est à 110. Injection de 15 gouttes de veratrum viride: ralentissement du pouls et tous les autres effets du veratrum. A 11 heures, le pouls remonte à 70, 4e accès de veratrum. A 2 heures p. m. le pouls étant, d'après la garde-malade en charge, à 52 (?), 5e accès. Quelques minutes plus tard je compte le pouls à 70; autre injection de veratrum. Les urines contenaient 25 grammes d'albumine. Calme complet pendant 3 jours. Puis deux autres accès d'éclampsie. On injecte le veratrum, le pouls s'abaisse et tout rentre dans l'ordre. Les urines ne contenaient pas tout à fait un gramme d'albumine.

Ce cas est remarquable par les accès qui se répètent à 3 jours d'intervalle.

A la *Washington obstetrical and Gyn. Society*, J. F. Moran lit un travail sur l'éclampsie, "ce chapitre de l'obstétrique, dit-il, qui offre la plus grande importance vitale et l'intérêt le plus absorbant. Ses causes inconnues et sa pathogénie incertaine rendent le traitement empirique. C'est une toxémie; la théorie la plus accréditée le veut." L'équation qui en découle, la voici: reconnaître de bonne heure cette toxémie et la combattre.

Je retrace les grandes lignes du travail.

A l'hôpital Columbia de Washington, sur 2,035 accouchements il y a eu 28 cas d'éclampsie: 1 sur 72. 21 primipares; 5 multipares; 2 sans désignation. Eclampsie anté-partum 16 ou 57%; intra-partum 7 ou 25%; post-partum 3 ou 10.5 p. c.; non désignée 2 ou 7%.

Les convulsions les plus rapprochées du début de la grossesse se manifestèrent au 5e mois, et les plus éloignées du post partum le 10e jour.

La mortalité fut de 7 ou 25%: 5 primipares et 2 multipares. Les convulsions cessèrent généralement après évacuation de l'utérus. L'albumine manquait rarement avant l'attaque.

Moran attache peu d'importance à la diminution de l'urée dans les urines comme signe d'éclampsie. Le taux de l'urée peut tomber de 30 ou 40 grammes à 5 grammes sans mauvais résultats.

La courbe de la température est pour beaucoup dans le pronostic. L'hyperthermie et l'hypothermie sont d'un mauvais augure. Quand le pouls est plein et fort, et au-dessous de 100, bon signe; au-dessus de 130, avec tendance à augmenter, vilain signe. La mort de la mère est généralement causée par l'œdème pulmonaire, la pneumonie, l'hémorragie cérébrale, la néphrite. La mort de l'enfant est due à la perturbation de l'hématose ou à la toxémie. A l'autopsie de l'enfant on trouve les mêmes lésions du foie que chez la mère.

La toxémie, cause de l'éclampsie, vient de trois sources principales: l'alimentation, les fermentations intestinales et les échanges cataboliques dans la nutrition de la cellule, (désassimilation). Les matières toxiques introduites avec les aliments sont principalement les constituants minéraux contenant la potasse. La constipation favorise leur absorption. La constipation est suffisante pour produire l'éclampsie. La désassimilation des cellules est peut être la source la plus certaine des poisons accumulés dans l'organisme. Le fœtus est une cause possible de la fabrication de certaines substances qui peuvent traverser le placenta et intoxiquer la mère. Le placenta même peut être incriminé. L'absence des menstrues peut favoriser l'accumulation de certains produits. Un troisième facteur existe dans la diminution de la destruction des produits toxiques.

Le traitement est hygiénique, médical et diététique. Le traitement médical regarde l'organe malade ou frappé.

Pendant l'attaque: huile de croton et élaterium; si la malade peut boire, lui donner une solution saturée de sulfate de magnésie; irrigation rectale et du côlon avec une solution saline. L'injection sous cutanée de sérum est réservée au cas de collapsus imminent. Cette injection est contr'indiquée quand la tension artérielle est élevée, qu'il y a œdème marqué, que les reins fonctionnent mal. Bains d'air chaud.

Moran a fait usage du chloroforme, de la morphine, du chloral, du veratrum viride, de la nitroglycérine, et de la saignée. Il ne donne pas le chloroforme quand il y a tendance à l'asphyxie. Le chloroforme masque l'horreur du tableau, mais il ajoute un aliment au feu, en calmant les symptômes.

Pour Moran, la morphine et le chloral, employés seuls ou combinés sont les deux principaux antispasmodiques. Il donne la préférence à la morphine, qui est d'un dosage plus certain et qui a une action plus rapide. Le chloral est meilleur à la période prodromique.

Le veratrum viride diminue la tension artérielle et la fréquence du pouls. La nitroglycérine diminue aussi la tension artérielle et favorise la diurèse. La Pilocarpine est contr'indiquée parce qu'elle peut produire de l'œdème au poumon.

Comme l'expérience a prouvé que les convulsions cessent après la délivrance ou qu'elles sont moins fortes, et la mortalité moins élevée, on doit alors vider l'utérus dans les cas d'éclampsie antepartum.

Le Docteur G. H. Ryder, du Sloane Maternity Hospital, a rapporté, à la Société de Alumni of St-Vincent's Hospital, l'histoire de 37 cas d'éclampsie. On peut déduire de son long travail les traits caractéristiques suivants.

37 cas d'éclampsie, 21 primipares, 16 multipares; 13 morts (35%). La fréquence de l'éclampsie varie suivant certaine période. Quelques cas sont très graves et se terminent inévitablement par la mort quel que soit le traitement, d'autres cas, sans traitement, guérissent rapidement après l'évacuation de l'utérus.

L'époque de la grossesse influe sur la mortalité: 24% de mor-

talité quand l'éclampsie se déclare après le 7e mois, et 58% avant cette époque. La mortalité n'a pas une grande différence entre la primipare (38%) et la multipare (31%).

Le type de l'éclampsie le plus sérieux et le plus fatal, est le type hémorragique, avec vomissement de sang, selles sanguinolentes, et pétéchies par tout le corps. Des 37 cas d'éclampsie, 11 furent de ce type et 9 de ces derniers finirent par la mort.

Mortalité comparée à l'époque d'apparition des convulsions: post partum 7 cas, 1 mort; intra-partum 6 cas, 2 morts; anté-partum 24 cas, 10 morts. — 50% des enfants sauvés.

Traitement: théorique, empirique ou symptomatique. En général, le traitement suit 5 indications précises:

1° Prophylaxie; 2° combattre les convulsions; 3° vider l'utérus; 4° stimuler les excrétiens; 5° traiter la patiente. Ces quatre dernières indications seraient comprises sous le titre général de *traitement curatif*.

I. combattre la convulsion: chloral, chloroforme (qui fait avorter l'accès et donne la facilité d'opérer), morphine. La nitroglycérine a été employée dans tous les cas pour abaisser la tension artérielle. Le veratrum viride a été employé, de préférence à la saignée, quand le pouls était pleine et rapide.

II. Quand l'utérus a été évacué d'une manière rapide le résultat a été meilleur. (évacuation en dedans de 12 heures).

III. La stimulation des excrétiens est obtenue par les cathartiques, le calomel et les salins, et les irrigations du côlon.

IV. Quand les stimulants ont été nécessaires, Ryder a eu recours à la caféine, au salicylate de soude, à la strychnine.

Ryder établit une comparaison entre les divers traitements. Saignée, 4 cas; mortalité 4, (100%). Injections intra-veineuses de sérum dans 11 cas (3 en dernières ressources); mortalité 8 (72%). Morphine associée au chloral et au chloroforme 18 cas; mortalité 5 (27%). Chloral chloroforme, 19 cas; 8 morts (42%). Le veratrum viride a été employé dans 13 cas; 3 morts (23%). Le veratrum n'a pas été employé dans les 24 autres cas; 10 morts (41%).

Dans la revue *Annali di Ostet e Ginecol*, de décembre 1905, le Docteur Mirto fait une étude comparative du traitement de l'éclampsie par la *ponction lombaire* et par le *veratrum viride*.

Helme a traité un cas d'éclampsie par la ponction lombaire. Il croyait que la convulsion était due à l'augmentation de la pression intra-cranienne. Sa patiente a guéri, mais elle avait été traitée simultanément au moyen de plusieurs autres médicaments. Franig a démontré par trois observations que la pression s'élève quelquefois et que la quantité du liquide augmente aussi quelquefois. Henkel avait employé cette méthode de la ponction lombaire, mais l'a abandonné en 1901 en face des mauvais résultats obtenus. Dans 16 cas, il a observé 7 fois que le canal vertébral était vide de liquide ou n'en contenait que quelques gouttes; dans 5 cas il n'a pu en tirer que 2-3 cc., et dans 4 cas seulement, la quantité s'élevait à 30 cc. La mortalité à la suite de ce traitement par la ponction lombaire fut de 25%, et un seul cas fut fatal, qui avait une grande quantité de liquide.

Mirto recommande l'emploi du *veratrum viride*. Il donne une statistique de 61 cas traités par ce médicament, tant à l'Hôpital de Pavie qu'à celui de Milan. Résultat: 5 morts ou 8.04%. Mirto attire l'attention sur ce fait que la mortalité est plus grande chez les *multipares* que chez les *primipares*: 3 morts sur 20 multipares (15%); 2 morts sur 40 primipares (4.9%).

D'après lui le *veratrum* diminue le nombre et l'intensité des convulsions; et, plus, il est aussi prophylactique.

Mirto prétend que sa statistique est la meilleure obtenue jusqu'aujourd'hui.

Dans une longue discussion sur l'étiologie de l'éclampsie Mirto arrive à la conclusion que, quelle que soit la nature de la maladie, la cause excitante de la convulsion est un spasme du système artériel, à point de départ probable dans les artères rénales.

A la section d'obstétrique de l'Académie Royale de Médecine d'Irlande, 17 novembre 1905, Roger de la Harpe a fait connaître le traitement de l'éclampsie, suivi à *Rotunda Hospital* de Dublin.

Le but principal est: 1° faire cesser les convulsions; 2° éliminer les produits toxiques; 3° placer la malade dans la meilleure position possible pour éviter les complications pulmonaires; 4° surveiller la condition du cœur, des poumons et des reins; stimuler ces organes au besoin.

A la Rotonde on n'a jamais provoqué le travail d'accouchement, et le travail ne compte pour rien dans le traitement. La seul

intervention qu'on se permette est une application de forceps (et dans des cas exceptionnels) quand la tête est à la vulve.

Quand le traitement prophylactique n'a pas réussi et que les convulsions sont arrivées voici le traitement pratiqué.

D'abord injection hypodermique d'un demi grain de morphine qu'on répète, au besoin, à la dose d'un quart de grain toutes les 2 heures, jusqu'au maximum de deux grains dans les 24 heures.

Quand il y a possibilité, on fait boire une grande quantité d'eau. Quand il y a demi coma ou coma complet ou chez une femme incontrôlable, le liquide est introduit par un tube dans l'estomac qu'on lave avec 3 ou 4 chopines d'eau. On laisse dans l'estomac une chopine d'eau et on y ajoute deux onces d'huile de ricin et 3 ou 4 gouttes d'huile de croton.

Aussitôt après la malade est placée sur le côté et on introduit graduellement *per anum* un long tube. On lave ainsi l'intestin. On y laisse une chopine de solution saline.

La patiente doit rester sur le côté, couverte de draps chauds, et on lui applique des cataplasmes sur les reins pour en diminuer la congestion.

La meilleure position à donner à la malade pour éviter les complications pulmonaires, surtout quand elle est dans un état comateux (parce qu'alors il faut éviter l'introduction de liquide ou de corps étrangers dans la trachée) est la position horizontale sur le côté; la tête doit être placée sur le côté pour faciliter l'écoulement du mucus de la bouche. Absolument pas de nourriture par la bouche, les fonctions digestives étant annulées momentanément.

Quand le pouls devient faible et rapide on fait des piqûres de digitale, si la respiration devient lente et soupirante on administre l'atropine; dans les cas très graves, injections de sérum. Lorsqu'il y a pléthore, la saignée est pratiquée et suivie d'une injection de sérum.

R. de la Harpe admet, comme plusieurs théoriciens, que la morphine a un effet délétère sur la respiration de la mère, mais qu'elle n'est pas injurieuse pour le rein.

Les statistiques de la Rotonde, avant le traitement par la morphine, donnaient une mortalité de 35.3%.

Depuis 1892, le traitement de Veit est employé à l'exclusion de tous les autres: pas de chloroforme, pas de chloral; absolument rien que la morphine et les soins indiqués plus; et les statistiques se sont améliorées de 50%, e-à-d. la mortalité n'est plus que 16.9%. 70 cas d'éclampsie sur 47,924 accouchements ou 1 sur 694.

R. de la Harpe ajoute, sans la moindre intention de caresse pour ses confrères d'un avis contraire au sein:

“ Nous croyons que, dans nombre de cas, la principale raison qui fait recourir à un traitement plus actif, c'est un manque de courage de la part du médecin. Nous savons bien qu'il faut souvent plus de courage pour s'asseoir et attendre que de satisfaire la famille par une immense perte d'énergie.”

Après la lecture du travail du Dr de la Harpe, il y eut discussion et la plupart des accoucheurs qui y prirent part, furent d'opinion que ce n'est pas tant la morphine qui guérit l'éclampsie comme les purgatifs qu'on administre conjointement. Les purgatifs seuls, et entre autres l'huile de croton, à dose élevée jusqu'à 7 gouttes, font plus pour combattre la maladie que les autres médicaments ou les autres méthodes. Le Dr Sinclair prétend que la saignée est beaucoup plus efficace et donne de bien meilleurs résultats lorsqu'elle est associée aux purgatifs.

Depuis longtemps j'ai l'habitude de prescrire à toute mes femmes enceintes au moins un laxatif tous les jours, Kasagra au autres remèdes, et tous les 8 ou 10 jours une bonne dose de sel et sené. Les gestantes s'en trouvent très bien et moi je m'en porte mieux, parce que je n'ai plus à essayer les fatigues, les ennuis et les inquiétudes du traitement des convulsions de l'éclampsie déclarée.

Le Dr W. Liepmann communique au monde médical, par le journal *Munich Méd.* déc. 1905, le résultat des expériences faites à la clinique de Bumm, à Berlin. Les arguments sont très en faveur de l'origine placentaire des toxines de l'éclampsie. Comme conclusion, la toxine trouvée dans le placenta éclamp-tique offre les propriétés suivantes: elle est fortement fixée dans la molécule albumineuse; elle est extrêmement toxique pour le lapin; elle est hautement labile; elle peut être enlevée de l'extrait exprimé par les agents qui précipitent l'albumine.

Pour expliquer l'éclampsie du post-partum, Liepmann, attire l'attention vers le foie, qui, avec le cerveau et le rein, est un des trois principaux organes évidemment frappés par la toxine éclamptique, et qui sont comme organe filtre.

Liepmann conclut de ses expériences que le principal traitement de l'éclampsie, c'est la délivrance immédiate. Pour le prouver davantage, il s'appuie sur les statistiques de Bumm qui donne les chiffres suivants : de 25 patientes ainsi traitées en 1901, deux mortes, 8% ; de 1901 à 1904, sur 104 cas, 3 sont mortes, 2,8 p.c. ; après 1904, sur 79 cas, 1 est morte, 1,8%. Ce dernier cas est assez curieux. C'est une tertipare, âgée de 29 ans. 25% d'albumine. 3 convulsions anté-partum. Césarienne vaginale. Suites de couches normales. Soudainement, le 13^e jour, six forts accès de convulsions en 12 heures. Mort pendant le dernier accès.

Ce dernier cas ressemble beaucoup à celui que je viens d'observer à la maternité et que je cite au début de cette chronique. J'ai été plus heureux dans mon traitement ; puisque la malade est sauvée. Est-ce à cause du traitement par le veratrum ?

Brown (in Jour. Amer. Med. ass. 1906) fait jouer au placenta le même rôle que lui attribue Liepmann. Il ajoute même qu'un certain nombre de cas d'éclampsie seraient dus à l'activité insuffisante thyroïdienne ou parathyroïdienne.

Je ne puis mieux faire en terminant cette chronique, car il faut que, sans épuiser le sujet, je la termine si je veux qu'elle soit acceptée par un journal qui ne demande, avec raison, que des travaux courts et pratiques, je ne puis mieux faire, dis-je, que de citer une phrase des *Cliniques obstétricales* de R. Jardine, au chapitre de l'éclampsie : " Ces opinions, établies comme elles le sont sur une longue expérience pratique, sont très intéressantes comme illustration du vieil adage, spécialement vrai en médecine, QUOT HOMINES TOT SENTENTIAE, car tout récemment des vues très différentes ont été exprimées par Macé et Pierret, à Paris, sur la question des injections salines ; par Liepmann, sur les interventions obstétricales ; par de la Harpe, sur les injections de morphine."

REVUE GENERALE

ATHEROME ET ARTERIO-SCLEROSE. -- ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ETIOLOGIE, TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Il semblait que nous avions une conception finale de la dégénérescence athéromateuse des artères tant il paraissait y avoir comme une opinion devenue classique parmi les histologistes. Cependant un des élèves de M. Breault, M. Maurice Loeper, en faisant une étude critique de cette question émet quelques vues nouvelles sur l'histologie pathologique et l'étiologie de l'athérome et de l'artério-sclérose.

La plupart des auteurs considèrent la calcification (athérome) comme secondaire à l'altération scléreuse de la paroi vasculaire (artério-sclérose). Cette théorie cependant n'explique pas les cas où il existe de la calcification de la tunique moyenne, alors que l'examen histologique ne décèle aucune lésion de l'endartère. La coexistence des deux localisations est fréquente, mais elle peut aussi manquer et les lésions se montrer isolément ce qui fait penser qu'il n'y a pas une dépendance nécessaire entre elles. D'ailleurs le simple examen macroscopique distingue déjà une différence marquée, entre les lésions des artères de gros et moyen calibre et les artérioles. On ne trouve pas de calcification sur ces dernières. L'athérome se localise, en général, aux artères nées d'un certain calibre, mais respecte les artérioles des organes. Il semblerait que celles-ci diffèrent des artères libres dans leur musculature, leur structure, leur nutrition et leurs attributions physiologiques. Il y aurait donc dans les lésions de l'athérome et de l'artério-sclérose *deux processus parallèles, l'un de calcification, l'autre de sclérose*, qui peuvent évoluer isolément ou simultanément en se combinant.

Quant à l'étiologie, l'observation clinique avait déjà dressé une assez longue liste de causes artério-sclérosantes telles que : les *infections* thyphique, syphilitique, palludique, rhumatismale, bérubérique ; puis les *intoxications* telles que celles par le plomb, l'alcool, le tabac ; enfin les *auto-intoxications* de source intestinale, hépatique, rénale. L'expérimentation a confirmé la plupart des constatations cliniques, et elle a élargi le champ de l'observation en

faisant quelques trouvailles nouvelles. Ainsi, Gilbert et Lyon ont obtenu des lésions typiques par l'injection d'un paracolibacille ou de ses toxines; Adler, Roveri ont obtenu des résultats probants avec le tabac; Gauget avec le plomb. Mais ce qui est plus nouveau c'est la réalisation de lésions calcifiantes sur les artères par des injections intraygineuses d'adrénaline chez le lapin. Or, nous savons que l'adrénaline est un alcaloïde organique fabriqué par la capsule surrénale. Cela porta M. Josué à émettre l'hypothèse vraiment exagérée que l'athérome était d'origine surrénale. La vérité est que l'adrénaline n'est qu'un des poisons qui ont leur origine dans nos organes et peuvent avoir une influence nocive sur les artères ou artérioles. Puisque, avec d'autres poisons irritants, tels que le tabac, le plomb, l'ergotinine, la thécocine, on a pu réaliser de vraies lésions athéromateuses, il s'en suit que l'adrénaline n'est qu'une unité de plus dans la série des *poisons artériels*. En somme, il y a plusieurs poisons dont les uns exercent une action irritante et inflammatoire qui engendre l'artério-sclérose et les autres qui exercent une action véritablement calcifiante ou athéromateuse par suite d'un trouble nutritif spécial. Ces deux lésions, athérome et artério-sclérose ne sont en définitive que le résultat d'irritations toxiques lentes ou prolongées du tissu artériel.

Pour Metchnikoff, un cinquième des cas d'artério-sclérose sont dus au poison de la syphilis. Pour Haig, l'acide urique est irritant artériel et un facteur des plus importants de l'hypertension et de l'artério-sclérose. M. Huchard dit: "Je suis convaincu, que les excès et surtout les erreurs d'alimentation, en jetant dans l'organisme un grand nombre de substances toxiques, telles que les ptomaines non éliminées par le filtre rénal devenu de bonne heure insuffisant et imperméable, sont une cause fréquente d'artério-sclérose. Il en résulte, dans tout le système artériel, un état de spasme plus au moins permanent, lequel produit d'abord l'hypertension et consécutivement l'artério-sclérose." Puis, si à l'action des poisons alimentaires, on ajoute celle du tabac, de l'alcool, du surmenage intellectuel, du poison vénérien, on conçoit quelle est la conséquence de la totalisation de ces agents d'irritation vasculaire permanente.

Ceux qui sont prédisposés par hérédité arthritique à l'artériosclérose doivent se condamner à devenir les esclaves fidèles d'une hygiène générale bien comprise et d'une diététique rationnelle. Cette prophylaxie repose sur les principes suivants: 1° se vouer à une vie calme et exempte d'émotions car c'est le système nerveux qui règle l'état des artères par ses vaso-moteurs. Par conséquent il faut éviter la politique avec ses tracasseries et ses émotions répétées; choisir une profession qui n'impose pas de trop grandes ou énervantes responsabilités; fuir les anxiétés de la spéculation. 2° sobriété dans l'alimentation afin de toujours équilibrer la dépense et la recette; choisir des mets qui engendrent le moins de poisons alimentaires, éviter, par conséquent, une alimentation trop carnée et fermentescible, l'alcool sous toutes ses formes, les mets épicés. 3° Surveiller attentivement les émonctoires: peau, rein, intestins, afin de maintenir une élimination complète des déchets organiques. En un mot, il faut éviter l'hypertension artérielle par des influences nerveuses ou toxiques.

C. N. VALIN

Pr. fesseur agrégé, médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

A PROPOS DE HUNYADI JANOS.

Nous recommandons aux médecins, nos lecteurs, l'usage de cette eau naturelle apéritive et purgative à la fois, suivant la dose, qui est répandue dans le monde entier. Nous en donnons ci-dessous la formule.

Sulfate de magnésie.....	160.158 parties
Sulfate de soude.....	159.148 parties
Sulfate de potasse.....	6.349 parties
Chlorure de sodium.....	13.050 parties
Carbonate de soude.....	7.960 parties
Carbonate de chaux.....	9.330 parties
Trace de silice.....	0.611 parties
Trace d'argile et d'oxyde de fer.....	0.042 parties
Acide carbonique à l'état libre et en solution.....	5.226 parties

Le prof. Liebig, qui en a fait l'analyse, affirme que cette eau contient plus de sels de magnésie et de soude qu'aucune autre eau semblable, et qu'elle doit à cette heureuse association ses effets tout particuliers sur l'organisme.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA PRATIQUE ILLEGALE DE LA MEDECINE DANS LA PROVINCE DE QUEBEC, CANADA.

Par le Dr ALBERT LAURENDEAU, de St-Gabriel de Brandon (1).

En 1867, quatre provinces, colonies anglaises de l'Amérique septentrionale, s'érigèrent en confédération, sous le nom de *Puissance du Canada*; depuis, de nouveaux territoires s'ajoutèrent aux premiers; et si aujourd'hui il nous prenait fantaisie de mettre des astres sur notre drapeau, à l'instar des Etats-Unis, nous y verrions neuf étoiles.

Chacune de nos provinces a son autonomie, pour ce qui concerne l'éducation, les cultes, les lois municipales, les lois civiles, et en un mot, pour toutes questions d'ordre local, tous intérêts limités par les bornes provinciales. Au gouvernement central appartient de légiférer sur les intérêts d'ordre général.

D'où il ressort que l'organisation des Universités, la réglementation des professions libérales, les lois concernant la pratique illégale de la médecine, sont du domaine des législatures ou, si l'on veut, des gouvernements provinciaux.

La province de Québec compte deux universités; dont l'une anglaise, l'université McGill, et l'autre française, l'université Laval. Cette dernière, fondée à Québec, est aussi établie à Montréal.

Les médecins de la province ont obtenu une chartre, les érigeant en corporation civile, sous le nom de: "Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec."

Aux universités s'impose le devoir d'instruire, de former la jeunesse qui aspire à entrer dans le corps professionnel médical; au Bureau du Collège incombe la surveillance des abords de la profession, en sentinelle vigilante; le devoir d'en interdire l'entrée à l'ignorance; de travailler à l'avancement de la science médicale, au relèvement du niveau moral des membres du Collège, en faisant observer des règles déontologiques et d'éthique médicale sévères, et enfin de protéger la profession contre les empiètements des charlatans, des rebouteurs, des parasites, en un mot.

(1) Communiqué au "Congrès pour la répression de la pratique illégale de la médecine", tenu à Paris le 30 avril 1906. L'ouverture en a été renisée au 30 mai.

Dans le vingt-huitième année de feu sa Majesté le Roi George III, le Conseil Législatif avait édicté un acte intitulé: "Acte qui défend à qui que ce soit de pratiquer la médecine et la chirurgie dans la province de Québec, ou la profession d'accoucheur dans les villes de Québec et de Montréal sans une permission;" mais cette ordonnance a été révoquée en 1847, par un "Acte pour incorporer les membres de la profession médicale dans le Bas-Canada, et régler l'étude et la pratique de la médecine et de la chirurgie en icelui."

En vertu de cette loi, les médecins du Bas-Canada sont constitués en un corps politique, et incorporé sous le nom de "Le Collège des Médecins et Chirurgiens du Bas-Canada." Après avoir défini les conditions nécessaires pour faire partie du dit Collège des Médecins, et avoir droit de pratiquer la médecine dans le Bas-Canada, il est statué: "Que depuis et après la passation du présent acte, personne ne pourra pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans le Bas-Canada, à moins que telle personne ne soit dûment licenciée pour pratiquer ainsi, soit avant ou après la passation du présent acte, sous peine d'en courir une pénalité de cinq livres courant pour chaque jour que telle personne pratiquera ainsi, contrairement aux dispositions du présent acte."

Cette section de la loi médicale, 1847, a été amendée en 1849 ainsi qu'il suit: "et qu'il soit statué que la pénalité ainsi imposée sera recouvrable avec les frais, et le recouvrement pourra en être poursuivi et fait par le dit Collège des Médecins et chirurgiens du Bas-Canada, sous son nom de Corporation, et la dite pénalité recouvrée, elle appartiendra à la dite corporation pour son usage."

Depuis cette date, quelques amendements de peu d'importance ont été adoptés, dans le but de mieux définir les pouvoirs, les droits du Bureau du Collège, et de mieux préciser les faits constituant des infractions à la loi.

Actuellement, toute poursuite doit être prise au nom du Bureau, et portée devant une Cour de Circuit ou de Comté.

Voici du reste, le texte de cette loi:

1 "Toute personne, n'ayant pas le droit d'être enrégistrée dans cette province, qui est convaincue, sur le serment d'un ou de

“ plusieurs témoins, d’y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie
 “ ou l’art obstétrique, en contravention aux dispositions de la
 “ présente loi, soit à gages, soit pour argent, marchandise ou effet
 “ généralement quelconque, ou dans l’espérance de recevoir quel-
 “ qu’argent, marchandise ou effet, dans l’espérance d’une récom-
 “ pense, ou qui est récompensée d’une manière quelconque pour
 “ avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l’art obstétrique,
 “ encourt une pénalité de cinquante piastres.”

2 “ Une pénalité semblable de cinquante piastres est encourue,
 “ par toute personne qui assume le titre de docteur, de médecin ou
 “ de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer
 “ qu’elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chi-
 “ rurgie ou l’art obstétrique, dans cette province, si elle ne peut
 “ établir ce fait par une preuve légale, ainsi que voulu par la pré-
 “ sente section, et les autres lois du pays.”

3 “ Toute personne qui assume, dans une annonce, dans un
 “ papier, nouvelles, ou dans des circulaires écrites ou imprimées,
 “ ou sur des cartes d’adresse, ou sur des enseignes, un titre, un
 “ nom ou une désignation, de nature à faire supposer, ou à porter
 “ le public à croire qu’elle est dûment enregistrée, ou a qualité à
 “ pratiquer la médecine, la chirurgie ou l’art obstétrique, ou
 “ quelqu’un de ces genres de médecine, ou toute personne qui offre
 “ ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accou-
 “ cheur, soit à gages, soit pour argent, ou dans l’espérance d’une
 “ récompense, si elle n’est pas dûment autorisée et enregistré dans
 “ cette province, est dans chacun de ces cas passible d’une sem-
 “ blable amende de cinquante piastres.”

4 “ Dans toute poursuite instituée en vertu de la présente
 “ section, la preuve de l’enregistrement est à la charge du pour-
 “ suivi.”

5 “ Les pénalités imposées par cette section sont recouvrées
 “ avec dépens, par poursuite au nom du Collège des Médecins, et
 “ Chirurgiens de la province de Québec, en son nom corporatif, et
 “ elles appartiennent à la corporation pour son usage.

“ Dans aucune de ces poursuites, ou dans aucune autre section
 “ civile, dont la corporation fait partie, ou dans laquelle elle est
 “ intéressée, aucun membre de la corporation n’est regardé comme
 “ témoin incompétant, à cause de cette qualité de membre.”

Les pénalités imposées par la présente loi peuvent être réclâmées par simple action civile ordinaire, au nom de " Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec," devant un cour de circuit du comté ou du district du domicile du défendeur ou du district dans lequel l'offense a été commise. Le tribunal, si la preuve est suffisante, condamne le défendeur à payer une pénalité de cinquante piastres, en outre des frais, dans le délai qu'il fixe, ou à un emprisonnement de soixante jours dans la prison commune du district, sur son défaut de satisfaire à la condamnation dans ce délai.

Le mandat d'emprisonnement, dans ces cas, est émis sous la signature du greffier du tribunal sur la demande écrite de l'avocat du poursuivant, et peut être *mutatis mutandis*, suivant la formule (O. I.) donné dans la cédule annexée au chapitre 178 des statuts révisés du Canada, et exécuté en la manière ordinaire.

Telles sont les lois qui protègent les médecins licenciés dans la province de Québec.

Avant de ces lois, le Bureau des Gouverneurs, c'est à-dire les représentants officiels des médecins, a pris la tâche de protéger la profession contre les rebouteurs et charlatans, contre toute personne pratiquant illégalement la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique. Toutefois jusqu'en 1892, ayant eu beaucoup à faire pour régler son administration interne, &c., il avait quelque peu négligé cette question importante. De plus il ne tarda pas à constater que l'application de la loi n'allait pas sans quelques difficultés. Trop de vague dans les termes de l'acte médical permettait à certains juges, sympathiques aux rebouteurs surtout, d'éluider les rigueurs légales. Et le Bureau, ne pouvant se transporter sur tous les points de la Province pour se rendre un compte exacte de la valeur des plaintes des membres de la profession, perdit bon nombre de procès. Aussi nomma-t-il vers cette époque un agent spécial, ayant mission de recevoir, examiner toutes plaintes concernant l'exercice illégal de la médecine dans la province, et de faire toutes démarches nécessaires, pour protéger les membres de la corporation contre l'avalanche montante des rebouteurs et des charlatans.

De 1892 à 1896, cet agent institua 60 poursuites, dont une demi douzaine environ échouèrent. C'était déjà un progrès, car auparavant, au moins 20% des actions intentées par le Bureau étaient déboutées, parce que les membres qui avaient charge d'agir dans ces cas manquaient d'expérience, ou agissaient sur des renseignements insuffisants, et n'avaient pas d'ailleurs à leur disposition le temps nécessaire pour prêter toute leur attention à ce sujet. Le rapport de cet agent spécial mentionne le fait que, de tous côtés, des plaintes lui parviennent, mais que 99% de ces plaintes sont incomplètes, ou ne sont point accompagnées des pièces justificatives nécessaires pour procéder. Plus tard, cet agent spécial s'étant démis, le Bureau reçut lui-même les plaintes des membres du Collège, et les passa à un avocat chargé de sévir contre les coupables. Ce dernier s'est plaint à différentes reprises de l'insuffisance et de l'obscurité des dispositions de la loi médicale.

Bref, les choses n'allèrent pas très bien; au point que le Président du Bureau des Gouverneurs faisait les déclarations suivantes dans la réunion du 3 juillet 1901: "Nous avons essayé d'accorder aux médecins plus de protection contre les charlatans comme nous l'avions promis. Mais hélas! il faut bien l'avouer, de ce côté nos efforts n'ont guère été couronnés de succès. La loi actuelle ne nous protège pas suffisamment, elle est incomplète, et rend nos efforts inutiles. C'est ce que nous ont démontré les nombreuses poursuites que nous avons intentées durant ces trois dernières années. Nous n'avons obtenu gain de cause que dans un très petit nombre d'entre elles, et au prix de quels efforts."

"De juillet 1898 à septembre 1900, le collège a pris 48 poursuites. Sur ce nombre il a perdu huit causes et en a gagné seize; les vingt-quatre autres, à cette dernière date étaient encore en suspens, en attendant que nous trouvions un moyen légal de les continuer. C'est pénible à constater, mais la loi actuelle nous oblige, quand nous voulons nous protéger contre les charlatans, à des démarches sans fin, à des dépenses considérables, et pour arriver à un résultat tout à fait illusoire. Après avoir essayé de toutes manières à nous servir de la loi actuelle, nous constatons qu'elle est absolument insuffisante. Il y a évidemment de ce côté toute une réforme à accomplir. Vous avez

“ déjà agi dans ce sens, en donnant votre approbation à un projet de loi reconnu bon par nos avocats, et que vous avez confié à votre comité de Législation.”

Malheureusement ce projet de loi est encore sur la planche, pour des raisons qu'il me serait trop long d'exposer ici.

Depuis deux ou trois ans, il se fait dans toute la Province un mouvement général, tendant à la création de syndicats régionaux. Depuis douze mois, il s'est ainsi organisé au moins une douzaine de sociétés locales. Les médecins comme toutes les autres castes de la société, sentent le besoin de se solidariser pour se défendre, pour se protéger. Et ces associations, encouragées par le Bureau des Gouverneurs, s'occupent elles-mêmes du soin de surveiller et de poursuivre les charlatans, les rebouteurs, et dans leur district respectif. Ainsi depuis quelques mois, l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette a intenté quatre actions en justice et a eu gain de cause dans les quatre cas. Et cet exemple semble devoir être suivi par nombre d'autres sociétés médicales. Toutefois la répression de l'exercice illégal de la médecine ne sera véritablement effective, que lorsque la Législature aura amendé les lois médicales dans le sens indiqué plus haut, ce à quoi tendent les efforts communs du Bureau et de la profession en général.

La province de Québec étant plus qu'au trois-quarts d'origine française, je ne m'occuperai guère que de la pratique illégale de la médecine chez les Canadiens-Français, que je connais mieux que les autres groupes de la population.

Cette étude serait très intéressante pour un psychologue, en ce qu'elle révèle certains aspects de l'état d'un peuple. Les traditions, les préjugés, les croyances religieuses, la foi au surnaturel aux influences occultes, le milieu, l'atavisme &c. créent, impriment un cachet particulier, parfois absurde aux pratiques, aux théories médicales populaires.

Lorsque, il y a près d'un siècle et demi, la France céda à l'Angleterre la plus précieuse de ses colonies, ce qu'elle ignorait sans doute, tout ce qui représentait ici la fortune, la puissance, l'instruction, émigra vers la mère-patrie. Seul, le peuple sans ressources, et son clergé dévoué restèrent fixés au sol. Ce peuple industriel et honnête, mais ignorant et naïf, était très apte à

conserver, à recevoir en médecine, les pratiques les plus surannées, les erreurs les plus manifestes. Jusqu'à 1854, date d'inauguration de l'université Laval, la première et l'unique université française et catholique de la province, la jeunesse, trop pauvre en général pour aller puiser sur place aux sources de la science médicale française, se contentait de suivre le bureau d'un patron, et ce patron était très souvent un modeste praticien de campagne. Il est facile d'imaginer qu'alors le corps professionnel ne fût pas toujours moralement et scientifiquement à la hauteur de l'époque. Aussi la pénurie de médecins capables fit-elle fleurir le charlatanisme sous toutes ses formes ; mais parmi tous ceux qui soignaient sans en avoir la qualité officielle, nous devons remarquer le prêtre, et le *frater*. Le premier, parfois plus instruit que le médecin, en rapport plus immédiat avec la population, s'imposa facilement à la confiance publique. Mais si à l'origine des sociétés, des religions, les ministres des puissances surnaturelles ont cumulé les fonctions de prêtres et de médecin ; la dernière moitié du dix-huitième, et les premières décades du dix-neuvième, étaient trop modernisées, trop raisonneuses, j'oserais dire trop révolutionnaires, pour accepter sans murmurer ces empiètements des curés. Aussi un synode de Québec défendit aux missionnaires et aux curés de remplir les fonctions de médecin ou de chirurgien.

Quant au *fraters*, comme on les appelaient au pays, la plupart étaient d'anciens infirmiers d'hôpitaux, ou des aides-chirurgiens des armées d'Europe, émigrés au Canada. Ces praticiens manquaient généralement d'instruction, de théorie, mais leurs connaissances pratiques, empiriques, leur expérience assez étendue parfois, l'application des méthodes, des traitements qu'ils avaient vu appliquer par les maîtres d'Europe, auxquels ils avaient eux-mêmes assisté ; tout concourait à donner à ces hommes le vernis suffisant pour attirer l'attention, la confiance des *habitants* de la colonie. Aussi jouirent-ils d'une réputation souvent supérieure à celle du médecin régulier.

Une autre espèce de médecin ou, si l'on veut, d'école de charlatanisme s'imposa dès les débuts de la colonie : je veux parler de la médecine sauvage. Les arborigènes connaissaient les propriétés curatives d'un certain nombre de plantes ; ils savaient utiliser les parties les plus actives de ces plantes : les racines, les feuilles, les écorces, &c. Chez les Iroquois, chez les Hurons, comme chez la

plupart des autres tribus moins renommées, les médecins s'appelaient sorciers, et les pratiques de ces sorciers consistaient en invocations, simagrées, danses, etc., en même temps que l'on faisait ingurgiter aux malades force tisanes, des poudres diverses, les composés les plus disparates. La première partie du traitement agissait par suggestion, la dernière possédait souvent de véritables vertues thérapeutiques; et l'alliance de ces moyens à la fois d'ordre psychique et d'ordre physique, produisait parfois des cures étonnantes. Aujourd'hui que la raison travaille activement à conquérir la place qui lui sied, la partie mystique, occulte du traitement indien est à peu près disparue; mais la médication par les racines, les simples, se recommandant de l'autorité des indiens, de certains chefs sauvages, s'impose encore à la crédulité publique. Nous en reparlerons plus loin, du reste.

Une autre catégorie de praticiens irréguliers a toujours joui d'une sérieuse réputation au Canada: je veux parler des rebouteurs. De tout temps il a existé des rebouteurs dont la réputation s'étendait dans un rayon considérable. Très souvent, ces hommes dont beaucoup étaient illétrés, ont joui d'un prestige supérieur aux médecins, aux meilleurs chirurgiens même de Montréal et de Québec.

En résumé donc: l'histoire de la pratique illégale de la médecine dans la Province de Québec, depuis son origine jusqu'à la création des universités, des facultés médicales, est un peu l'histoire de la pratique illégale de la médecine dans tous les pays, chez tous les peuples, à leur origine. Le seul cachet un peu particulier à ces pratiques, fut imprimé par les méthodes médicales des indiens, qui exercèrent une influence assez considérable sur les premiers colons du pays, à cause de leurs rapports fréquents avec eux.

A suivre.

INTERETS PROFESSIONNELS

DEUX CAS DE SUBSTITUTION DE PERSONNE DANS LES EPREUVES DU BREVET EN SEPTEMBRE 1905. — POURSUITES AU CRIMINEL, CONDAMNATIONS.

On se rappelle, sans doute, l'émotion causée par cette affaire de substitution où deux médecins, sans brevet, Lafleur et Roy s'étaient fait représenter par deux étudiants en médecine, Sénécal alias Drolet, et Richer alias Tétrault, durant les épreuves du brevet de médecine, en septembre 1905.

Sur la dénonciation du Dr French, un des examinateurs, le Collège des médecins a intenté des poursuites au criminel contre les inculpés.

Traduits en correctionnel devant le juge Choquette, magistrat de police, à Montréal, ils plaident "non coupables."

A la clôture de cette enquête préliminaire, ils sont renvoyés devant les Assises.

Plus tard, trois d'entre eux Lafleur, Sénécal alias Drolet, et Richer alias Tétrault changèrent leur plaidoyer. Ils s'avouèrent "coupables" et furent condamnés à \$25.00 d'amende, chacun. Le 4ème, Roy, fut condamné par défaut. Dans l'intervalle, il quittait la ville pour demeurer aux Etats-Unis.

Le collège des médecins a fait émettre contre ce dernier un "true bill." avec ordre de l'arrêter si jamais il revient en Canada.

La loi a eu sa revanche, l'honneur du collège des médecins est sauf.

Il est bon cependant de connaître leur façon de faire. Nous allons résumer très sommairement les faits.

I. RICHER ALIAS TÉTRULT, PERSONNIFIANT LE DR ROY

Les deux copains qui, tous deux, étaient présents à l'examen, avaient signé la feuille de présence; le premier *Tétrault* au lieu de Richer, son nom véritable; le second, son vrai nom *Roy*.

Ils avaient pris comme pseudonymes, le premier, Tétrault "*ad*," le second, Roy "*Egc*."

Cependant, au cours de l'examen écrit, un des examinateurs remarqua que l'un d'eux était déguisé. — Tétrault portait une fausse barbe.

Il remarqua, aussi, leurs enveloppes respectives: celle de Tétrault portait le pseudonyme "Ad," sur la couverture, mais il avait signé "Roy" à l'intérieur. Celle de Roy portait le pseudonyme "Ego" sur la couverture, mais il avait signé Tétrault à l'intérieur.

La boîte était éventée. Le truc avait failli par excès de précaution.

C'était malheureux pour Roy, car les copies de son Tétrault étaient bonnes, tandis que les siennes ne valaient rien. "Ad" était admis, "Ego" était ajourné.

Tétrault fut interrogé par le Dr French. Il affirma qu'il avait fait ses études à l'école normale Jacques-Cartier; mais un professeur qui se trouvait là ne put l'identifier.

Plus tard, il avoua qu'il avait fait ses études au collège Ste-Marie, qu'il était bachelier, qu'il avait déjà subi antérieurement et avec succès les épreuves préliminaires du brevet, qu'il étudiait la médecine depuis trois ans, et qu'il agissait ainsi parce qu'il avait besoin d'argent.

Les deux candidats malheureux quittèrent définitivement la salle d'examen.

Mais, à la séance suivante, un 3ème candidat qui avait écrit sous le pseudonyme de "Mup," jusque là, adopta aussitôt "Ad."

Un examinateur ayant attiré son attention sur ce fait, il quitta la salle, à son tour.

Plus tard, en faisant le dépouillement des enveloppes contenant les pseudonymes, on s'aperçut que ROY avait passé ses lettres sous le pseudonyme de "César." Autre substitution très probable. De sorte que trois copains travaillaient dans les intérêts de Roy.

C'était une lutte désespérée.

II. SÉNÉCAL ALIAS DROLET, PERSONNIFIANT LE DR LAFLEUR.

Comme leurs deux amis, ils étaient présents à l'examen, et ils avaient signé la feuille de présence, le premier, *Drolet*, au lieu de Sénécal son nom réel, le second, *Lafleur*, son nom véritable.

Ils avaient pris comme pseudonymes, le premier, Drolet, "Iodone," le second, Lafleur, "Vanadine."

Ils devaient, comme les autres, échanger leurs noms contre leurs pseudonymes. Malheureusement, l'un d'eux eut une dis-

traction car les deux copies portaient en tête le pseudonyme " *Vanadine*."

Les examinateurs, voyant l'erreur, attirèrent l'attention des candidats sur ce fait. Ils réclamèrent tous deux pour " *Vanadine* " qui resta, définitivement, à Lafleur tandis que Drolet continuait sous le nom de " *cocardasse*."

On trouva, plus tard, son nom accolé au pseudonyme " *Iodone*."

Dès ce moment, nos deux conspirateurs se voyant épiés, quittèrent la salle avant qu'on pût les assermenter.

J'ai dit, plus haut, comment finit la comédie.

Dorénavant, les candidats devront produire une carte d'identité, fournie par l'un des secrétaires, à Montréal ou à Québec, qui devra être certifiée par le directeur du collège ou autre institution où ils auront fait leurs études.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS VS LES CHARLATANS.

Depuis quelque temps le collège des médecins de la province de Québec a fait poursuivre en justice plusieurs charlatans. Voici les noms de ceux qui ont déjà payé l'amende depuis le 27 novembre dernier :

Martel, 22 déc. 1905; Joseph Gamache, de L'Islet, 27 Nov. 1905; Olivier Paul, de Ste-Anne de Sorel, 12 déc. 1905; S. Perron, du Cap Santé, 14 mars 1906; Samuel Dionne, de St-Epiphanie; 21 mars 1906; Dame Ferdinand Rousseau, d'Arthabaska, 24 mars 1906; François Marin dit Valcourt, de St-Gabriel, Rimouski, 29 mai 1906; Abraham Patry, de St-François de Beauce.

Kong Hen Shang, de Montréal, — cause pendante.

L'Union Médicale est heureuse d'enregistrer ces résultats. Il y avait longtemps qu'un si bon vent n'avait soufflé dans nos voiles.

Si le comité d'enquête sur les *falsifications des drogues*, qui siège à Ottawa depuis quelques semaines, arrive à la conclusion que l'Etat doit édicter des lois qui protègent le public contre tous ces " *faiseurs*," le médecin honorable trouvera qu'il fait bon d'avoir un diplôme qui comporte quelque compensation en échange des sacrifices qu'il s'est imposé pour gagner honnêtement sa vie.

J. A. LESAGE.

SOCIETES

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

A Toronto 21--25 Août.

La réunion annuelle de cette grande association anglaise — qui a déjà eu lieu à Montréal, il y a 6 ou 7 ans — se tiendra à Toronto, cette année, du 21 au 25 août prochain.

Les membres du bureau sont, au Canada :

Président: R. A. Reeve, Toronto.

Secrétaires: H. N. G. Starr, Toronto; T. T. Mackensie, Toronto; D. T. Gill Wishart, Toronto.

Le sous-comité est composé de

Président: R. B. Smith.

Secrétaires: M. H. Cronyn, et G. E. Smith.

Ces Messieurs ont ordonné avec soin le programme général, et tout fait espérer un grand succès. Le coût de l'inscription est fixé à \$6.10 pour l'année entière, et à \$3.05 pour 6 mois à partir du 1er juillet 1906. Ces prix comportent l'abonnement au *British medical journal*, pour une période équivalente.

Les médecins canadiens-français désireux de se joindre à nos confrères anglais sont priés d'adresser leur contribution à M. le Dr T. F. W. Ross, trésorier, 481, rue Sherbourne, Toronto, ou au secrétaire général, en Angleterre, M. le Dr Guy Elliston, 429 Strand, W. C. Londres.

Des communications seront lues par :

Sir Victor Horsley *Chirurgie.*

Sir James Barr *Médecine.*

W. S. A. Griffith *Obstétrique.*

N. Walker *Dermatologie.*

Sir Thomas Barlow . . *Discours d'ouverture dans la
section d'obstétrique.*

Marcus Gunn . . . *Discours d'ouverture dans la
section d'ophtalmologie.*

Dundas Grant *Laryngologie.*

N. D. Haliburton *Physiologie.*

Sir Hector Cameron . . *Discours d'ouverture dans
la section de chirurgie.*

Le Dr Osler fera aussi une communication, ainsi que plusieurs autres personnalités médicales.

Les membres du bureau invitent tout particulièrement les médecins canadiens-français à se rendre à Toronto. Ils y seront les bienvenus.

Le secrétaire de la *section de médecine* est le Dr R. D. Rudolf, 396, rue Bloor, Toronto.

On nous informe aussi que les Drs Brouardel, Martin et Letulle, de Paris, se rendront à Toronto, à cette occasion.

On accorde 15 minutes pour la lecture des manuscrits; aucun orateur ne pourra parler plus de 10 minutes dans la discussion des rapports.

Les auteurs devront remettre aux secrétaires respectifs les conclusions de leur travail, dont une copie sera déposée sur le bureau de la section où il aura été lu. Il deviendra alors la propriété exclusive ou de l'*Association*, et aucun autre journal que le *British medical journal* ne pourra le publier sans autorisation préalable. Les communications qui ne sont pas lues ne sont pas publiées.

MOYENS DE TRANSPORT.

Nous empruntons à notre confrère, le *Bulletin de Québec*, les renseignements publiés ci-dessous, quant à cette partie importante du programme.

“ I. — Billets de passage, prix, durée de validité et dates du départ.

(a) Pour les voyageurs canadiens. Retour gratuit sur présentation du certificat d'assistance, indépendamment du nombre des congressistes. Les voyageurs allant par voie ferrée et revenant par les bateaux de la Cie R. & O. paieront 1½ passage.

(b) Pour les voyageurs Européens. Sur présentation d'un certificat préparé et signé par le Secrétaire de l'E. C. P. Association et contresigné par le Secrétaire du comité Canadien, ou par le Secrétaire de la British Medical Association, il leur sera vendu: le simple billet pour la moitié du plus bas prix du billet de première classe; le billet de retour au prix d'un simple billet sur toutes les lignes du Canada. Les prix pour les passages jusqu'à la côte du Pacifique devront être approuvés par la T. C. P. Association. Les Compagnies de navigation avertiront le Secrétaire des suppléments payer.

Les billets seront en vente du 1er juillet jusqu'au 30 septembre 1906 inclusivement, et valides jusqu'au 30 septembre 1906.

II. Extension de la vente des billets — A ceux qui déposeront, entre les mains de l'agent de la Convention, des certificats datés des Provinces Maritimes, des points à l'ouest de Port-Arthur, ou des points quelconques des États-Unis, le ou avant le 28 août 1906, et qui paieront en même temps la somme de une piastre (\$1.), une extension de temps jusqu'au 30 septembre sera accordée. Cette agence sera ouverte sous le nom de G. H. Webster, Secrétaire de P. E. C. P. association, le 21 août 1906.

III. Excursions — Des billets d'excursions, de Toronto à tout point du Canada, seront vendus aux congressistes venant des Provinces maritimes ou les points à l'ouest de Port Arthur, sur présentation de leur certificat ou de leur reçu de dépôt, aux prix d'un simple billet. Ces billets seront vendus du 23 août au 1er septembre inclusivement, bons pour revenir jusqu'au 30 septembre 1906.

Les extras suivants devront être ajoutés. Upper Lake, Steam-Sur la route du St-Laurent, de Toronto à Montréal \$6.50; de Kingston à Montréal \$3.50; Northern Navigation Coy. Pour les lignes où les repas et le lit ne sont pas compris dans le billet, même prix que par les chemins de fer; ailleurs les prix des repas et du lit devront être ajoutés au prix du simple billet."

Pour tout renseignement supplémentaire, on est prié de s'adresser au Dr Thistle, 171, rue du Collège, Toronto.

J. A. L.

CONGRES DE TROIS-RIVIERES

26-28 JUIN.

On nous prie d'informer les médecins qui se rendront au congrès des Trois-Rivières, que le départ pour Shawinigan, en voyage d'excursion, aura lieu aux Trois-Rivières, jeudi matin, le 28 à la gare du C. P. R. à 9 hrs a. m. au lieu de 2 hrs p. m. tel qu'annoncé au programme officiel.

Les excursionnistes seront de retour aux Trois-Rivières à 4 hrs p. m.; et ils pourront opérer leur jonction avec les trains de Montréal ou de Québec le même jour.

Les délégués français, MM. Triboulet, Proust et Loire se sont embarqués au Havre le 14 courant à bord de l'*Ionian*, de la ligne Allan. Ils arriveront à Québec le 24.

Le secrétaire général aux Trois-Rivières rappelle au congressistes qu'ils doivent prendre leur carte d'identification, comme membres participants au Congrès, au guichet où ils achètent leurs billets — un billet simple seulement — les dames jouissant des mêmes privilèges.

Le retour s'opèrera gratuitement ou au $\frac{1}{3}$, suivant le nombre des membres enregistrés et sur visa de la carte d'identification par le secrétaire général.

A la séance solennelle du 26, le soir, à part le président, M. Normand, Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur Jetté, l'Honorable Lomer Gouin, le Vice-Consul de France et les délégués français prendront la parole.

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL.

Séance du 29 mai

Présidence de M. BOULET

Après lecture des minutes de la dernière séance, M. le président soumet à l'approbation des membres présents un projet de *règlements et statuts*, élaboré par le comité de régie.

Il demande à ses collègues de bien vouloir faire les suggestions qu'ils croient utiles, afin que le comité puisse en tenir compte dans son rapport final.

Nous en attendrons donc la publication avant d'apprécier le mérite des objections soulevées par quelques-uns des membres présents

Séance du 19 juin

Présidence de M. BOULET

Après lecture du procès verbal, M. le président appelle l'ordre du jour qui comporte l'adoption des nouveaux statuts et règlements de la Société Médicale de Montréal. Après discussion et amendements, on a adopté définitivement le rapport du comité de régie tel qu'il apparaît au supplément du n° de ce jour.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA.*Séance du 29 mai*

Présidence de M. BELLEAU,

Le 29 mai avait lieu la réunion de la Société Médicale du district d'Arthabaska. L'assemblée eut lieu dans la salle du conseil de Victoriaville.

Présents: MM. les Drs A. F. Poulin, J. P. H. Massicotte et H. P. Rouleau, de Victoriaville, G. Côté, de St-Paul de Chester, J. C. A. Ricard, de Warwick, E. J. Belleau et J. E. Blondin, d'Arthabaska, P. A. Brassard, de Stanfold, J. Z. Triganne et A. Boisvert, de Plessisville, J. Richardson et O. E. Desjardins, de Lyster.

Monsieur le Dr Belleau préside. Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr Desjardins donne lecture d'un travail sur "l'appendicite et son traitement." La discussion se fait surtout sur le traitement et chacun fait part aux confrères d'observations personnelles.

Le président remercie au nom des membres présents le conférencier.

L'on discute ensuite le tarif à adopter au sujet des examens d'assurance. Proposé par le Dr Triganne, secondé par le Dr Blondin que l'on charge \$5.00 pour les examens des compagnies à stocks et \$2.00 pour les Sociétés Mutuelles; que copies de ces résolutions soient envoyées aux compagnies et sociétés faisant affaires dans le district ainsi qu'aux sociétés sœurs, ce tarif devant être mis en force de suite. Adopté.

Proposé par le Dr Triganne, secondé par le Dr Blondin, que la communication de la société médicale de Joliette re: Publication des procès verbaux dans les journaux de médecine, soit laissée sur la table pour discussion à une assemblée ultérieure. Adopté.

Proposé par le Dr A. Boisvert, secondé par le Dr Côté que le compte du trésorier au montant de \$6.89 soit approuvé. Adopté.

Puis l'on procède aux élections des officiers pour la prochaine année.

Président honoraire: — Dr Poulin, de Victoriaville.

Président actif: — Dr Belleau, d'Arthabaska.

1er Vice-Président: — Dr Triganne, de Plessisville.

2ème Vice-Président: — Dr Larue, de St-Germain.

Secrétaire-Trésorier: — Dr Desjardins, de Lyster.

Proposé par le Dr Blondin, secondé par le Dr Côté que des remerciements soient offerts aux officiers sortant de charge. Adopté.

Proposé par le Dr Triganne, secondé par le Dr Côté que MM. les Drs Sirois, Desjardins, Blondin, Larue et Brassard soient nommés membres du tribunal de Déontologie médicale de notre association. Adopté.

Proposé par le Dr Desjardins, secondé par le Dr Boisvert que Victoriaville soit le lieu de la prochaine réunion qui aura lieu en septembre. Adoptée.

Puis la séance est levée.

OMER E. DESJARDINS,

Secrétaire-Trésorier.

NOUVELLE

LES DELEGUES FRANÇAIS AU CONGRES DES TROIS-RIVIERES.

L'Union Médicale du Canada souhaite la bienvenue aux délégués français qui nous arrivent de Paris pour assister au congrès des Trois-Rivières: M. Triboulet, de Paris, délégué officiel de la Société de Thérapeutique, M. le Dr Proust, au nom de la Faculté de médecine de Paris, et M. Loire, au nom du Gouvernement français.

M. le Dr Triboulet n'est pas un inconnu au Canada. Son livre sur "*l'alcool et l'alcoolisme*" publié en 1900, a été lu avec grand intérêt par un grand nombre de médecins canadiens.

Mais il n'y a pas que les médecins qui puissent en retirer profit: tous ceux qui s'intéressent à la question sociale ou économique le liront avec intérêt car, "il a, dit-il, dans son avant-propos, autant que possible, évité les raisons de sentiment, les opinions tendancieuses appuyées sur des statistiques sujettes à caution et les controverses de tout ordre, celles d'ordre extra-médical, en particulier, pour ne s'attacher qu'aux faits."

M. le Dr Triboulet arrive au milieu de nous en temps opportun pour développer un si beau sujet.

Partout on organise la lutte contre l'intempérance ou l'alcoolisme. Les membres du clergé s'attaquent aux cabarets, les médecins éclairés dénoncent les médecines frêlatées qui engendrent le mal sous des noms d'emprunt.

Le terrain est donc préparé. Nous entendrons avec plaisir la parole autorisée de notre confrère français, et nous l'assurons qu'elle trouvera un écho chez nous.

Au surplus, il n'y a pas qu'ici qu'on lutte contre cette plaie sociale. En France, on a fait une campagne très forte contre l'alcoolisme. Ceux qui ont suivi Lanceraux, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, se rappelleront avec quelle fougue il stigmatisait l'alcoolisme, depuis le fabricant jusqu'au consommateur. On n'a pas oublié, non plus, la belle campagne du regretté Dr Laforde, dans la "*Tribune Médicale*," durant les dernières années de sa vie. Et cette lutte se poursuit sans relâche, dans ce grand pays où des hommes éclairés, appartenant aux sciences et

aux lettres, ont rêvé d'arracher des mains de cette gueuse le cerveau d'une race d'élite qui s'abêtit dans l'absinthe ou autres alcools inférieurs.

Le livre de M. Triboulet a été écrit, en 1900, au moment propice, et, comme le dit son auteur, "il n'a d'autre prétention que d'être un compendium à l'usage des gens instruits qu'intéresse la question, brûlante pour tous, de l'alcoolisme."

A ce titre, comme au titre de médecin français, nous lui faisons le plus chaleureux accueil.

M. le Dr Proust, agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des hôpitaux, est déjà connu par des travaux importants: citons sa thèse sur la "prostatectomie." Il est le fils du regretté professeur Proust, de la Faculté de Paris, décédé il y a deux ans environ.

Nous connaissons les magnifiques travaux de cet hygiéniste éminent qui élabora ce grand projet des congrès internationaux d'hygiène.

C'est là qu'est née cette belle législation internationale contre les maladies contagieuses, à laquelle ont adhéré toutes les nations civilisées, et qui a produit ce résultat inappréciable, au point de vue de la santé publique et du commerce, d'établir contre les maladies endémiques un cordon sanitaire infranchissable entre l'Orient et l'Occident.

La gloire du père rejaillit sur le fils, et nous nous en réjouissons.

M. Loire, représentant du Gouvernement français, a été l'assistant de Pasteur. Il a été aussi chargé de plusieurs missions scientifiques à l'étranger.

C'est M. Loire qui a organisé l'Institut Pasteur en Tunisie. Il fut chargé d'une mission semblable en Australie où il obtint un succès complet.

Il serait à souhaiter qu'il obtint le même résultat pour le Canada.

M. le Dr Lessard, de Granby, en a déjà émis l'idée. Le temps serait peut-être venu d'intéresser l'Etat à la fondation d'un Institut Pasteur avec le concours de M. Loire qui profiterait de son passage au milieu de nous pour nous exposer ses vues sur ce projet.

A tout événement, nous sommes heureux de la présence de ces distingués confrères au Canada.

La science française a son siège en permanence au milieu de nous. Nous les prions d'occuper, tour à tour, cette année, le fauteuil de la présidence.

J. A. LESAGE.

ANALYSES

MEDECINE

Les voies de propagation de la tuberculose envisagées au point de vue clinique, par FRANKEL, Allemagne. — DUMONT: *Presse médicale*, 14 mars 1906.

Suivant le professeur allemand, le bacille tuberculeux pénètre dans l'organisme humain par trois voies: sanguine, lymphatique, respiratoire.

1° *Voie sanguine*: c'est-à-dire au cours de la vie intra-utérine, la tuberculose du placenta serait plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à ces derniers temps: 45 p. 100 suivant une statistique allemande récente. Ces faits, qui sont d'une rigoureuse exactitude tendraient à confirmer l'opinion de Baumgarten qui prétend que l'infection tuberculeuse hématogène du fœtus est très fréquente.

2° *Voie lymphatique*: Wetemcnski a démontré expérimentalement que, chez l'animal, quel que soit le point d'inoculation du virus tuberculeux, celui-ci gagne toujours par la voie lymphatique la plus courte les ganglions péri-bronchiques, d'où il pénètre ensuite par la voie sanguine dans le parenchyme pulmonaire. A l'appui de ces faits Frankel rappelle la fréquence des adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques chez les enfants tuberculeux, et chez l'adulte l'envahissement des ganglions, soit médiastinaux soit cervicaux, alors qu'il n'existe aucun symptôme pulmonaire.

3° *Inhalation*: la plus fréquente chez l'adulte. Le bacille serait aspiré, se fixerait sur la muqueuse où se développerait un foyer tuberculeux d'où se ferait la diffusion des bacilles — hémoptysies initiales — s'accompagnant de signes cliniques bien connus, etc.

Le chloroforme chez les cardiaques, dans *Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 1906.

Dans un travail récent, M. Renou autorise l'anesthésie chloroformique chez les cardiaques. Voici ses observations. 1° insuffisance aortique opérée avec succès pour un fibrome utérin; 2° angine de poitrine opérée pour une calpopérinéorrhaphie; 3° insuffisance aortique opérée pour péritonite tuberculeuse; 4° endopéricardite avec œdème généralisé opérée en extrême pour fibrome utérin hémorrhagique. Elle supporta bien l'opération: elle mourut trois jours plus tard d'une complication étrangère au chloroforme.

Ces faits montrent que le chloroforme n'est pas contre-indiqué, en principe, chez les cardiaques.

Huchard a fait opérer avec succès plus de 300 cardiaques.

Le chloroforme serait bien supporté surtout dans les affections aortiques.

M. Renou a fait opérer avec succès un malade âgé de 85 ans, souffrant de cardio-sclérose.

Il existe cependant des contre-indications au chloroforme dans les affections cardiaques: il ne doit pas être administré au cours des endocardites aiguës en raison de l'état général qui accompagne ces affections; dans les symphyse cardiaques, surtout s'il y a médiastinite avec grande dilatation du cœur; dans la cardio-sclérose des obèses ou des sujets atteints de gibbosité; dans les cas où la lésion cardiaque n'est pas compensée et surtout quand il y a une grosse albuminurie.

En prenant les précautions voulues, on peut donc opérer les cardiaques chez qui l'urgence d'une opération se présente assez souvent. Le médecin decline toute responsabilité et les malades succombent malheureusement là où une opération eût opéré une guérison ou au moins une amélioration sensible.

Il y a là, dit Rénon, une sorte de légende qu'il est bon de faire disparaître,

J. A. LESAGE.

OPHTALMOLOGIE

Action de l'adrénaline sur l'œil. (N. T. KOLOUCHKO, *Annales d'oculistique*, H. F.)

1. Quelques gouttes d'adrénaline au 10.000^e et ju-qu'au 50.000^e provoquent en instillation conjonctivale, au bout de 15 à 60 secondes une pâleur intense de la conjonctive bulbaire et palpébrale qui dure de quelques minutes à 55 minutes, rarement plus longtemps, après quoi la conjonctive reprend son aspect antérieur.

2. Parfois, surtout avec l'usage de solutions fortes, on observe immédiatement après l'instillation de l'adrénaline, un peu d'irritation suivie de pâleur de la conjonctive.

3. Le degré et la durée de la pâleur dépendent de la concentration de la solution et de l'état de la muqueuse dont l'épaississement diminue l'effet de l'adrénaline.

4. La pâleur de la muqueuse dépend de la contraction des petits vaisseaux, tandis que les vaisseaux plus gros ne sont pas influencés par cet agent. La situation des vaisseaux a également une influence: l'injection superficielle peut paraître après une instillation unique, alors que l'injection profonde peut persister.

5. Les sensations subjectives provoquées par les solutions moyennes consistent dans un serrement, par les solutions fortes, en une cuisson légère qui fait rapidement place à une sensation de fraîcheur, de soulagement.

6. L'adrénaline n'a pas d'influence sur les vaisseaux de la rétine et de la choroïde, ni en instillations, ni en injections sous-conjonctivales.

7. Même après des instillations répétées, il n'y a qu'une faible action sur la pupille, dans le sens de la dilatation.

8. L'action sur l'accommodation est nulle.

9. L'adrénaline augmente la diffusion dans la chambre antérieure, en élevant le coefficient de 1.33 à 3.33.

10. Une instillation préalable d'adrénaline augmente l'action des mydriatiques et favorise le plus souvent l'apparition plus précoce de leur effet maximum.

11. Une instillation préalable d'adrénaline augmente également l'action des myotiques et favorise leur effet maximum précoce.

12. Elle renforce l'action de la cocaïne au point de vue de la rapidité et, surtout, de la durée de l'anesthésie.

13. En instillation unique, elle agit généralement sur la pression intra-oculaire, bien que parfois, surtout avec les solutions fortes, il y a certaine diminution de la pression.

14. L'emploi de l'adrénaline peut être utile dans les simples conjonctivites aiguës.

15. Dans les conjonctivites chroniques son action thérapeutique n'est pas considérable.

16. Elle n'a pas d'influence sur le processus trachomateux.

17. Dans les phlyctènes, l'adrénaline a des effets thérapeutiques marqués et peut remplacer les préparations mercurielles, si on ne peut pas administrer ces dernières.

18. Dans les sclérites, elle abrège la régression du processus et s'emploie avec succès dans ces affections.

19. Son emploi combiné avec l'atropine est indiqué dans les iritis, surtout dans les cas où l'atropine seule est peu active.

20. Comme hémostatique, elle peut être employée avec un certain succès combiné à la cocaïne dans certaines opérations (ptérygion, ténotomies, etc.), s'il n'y a pas de section de gros vaisseaux, car dans ce dernier cas l'action hémostatique n'a pas lieu.

R. BOULET.

L'anesthésie par l'alypine, en chirurgie oculaire. *Bulletin Médical*, 1906, No 16.

Ioukhine a pratiqué à St-Petersbourg, toute une série d'opérations avec ce nouvel anesthésique. Les résultats n'ont rien laissé à désirer, tant au point de vue de l'insensibilisation qu'à celui de l'absence d'effets secondaires nocifs. Trois ou quatre gouttes d'une solution à 3%, instillées entre les paupières ont produit, en une minute, une anesthésie de la conjonctive et de la cornée; l'insensibilité s'est prolongée complète pendant neuf minutes puis, moins complète, pendant vingt minutes. La pupille, la pression intra-oculaire, l'accommodation ne sont nullement modifiées. La cornée n'est pas affectée, et enfin, l'alypine en solution supporte l'ébullition pendant cinq minutes sans se décomposer.

L'émotion comme facteur pathogénique du glaucôme aigu, Professeur
WICHERIEWICZ (*Le Bulletin Médical*), No 27, 1906.

Le prof. Wicheriewicz a observé des cas dans lesquels un accès aigu de glaucôme s'est produit à la suite de fortes émotions: chez une dame, au cours d'une représentation dramatique émouvante; chez un homme à la suite d'un revers de fortune; chez des sujets opérés pour glaucôme d'un côté on a vu l'accès glaucomateux apparaître dans l'autre œil. L'auteur attribue ces attaques à la dilatation pupillaire que produit l'émotion. Les voies antérieures de filtration se trouvant gênées, la pression intra-oculaire augmente, et comme conséquence l'attaque aiguë de glaucôme.

A. A. FOUCHER.

RHINOLOGIE - LARYNGOLOGIE - OTOLOGIE

L'Humidité défectueuse de l'atmosphère et ses effets sur les voies respiratoires, T. A. STARKEY, *Montreal Med. Journal*, March 1906.

L'auteur traite la question surtout au point de vue de l'habitation. Il constate qu'en hiver la plupart des maisons confortablement chaudes à l'intérieur contiennent un air trop sec. Il en résulte un effet nuisible sur l'organisme et surtout sur la muqueuse des voies respiratoires, et principalement sur la muqueuse du nez et du pharynx. L'importance de ce résultat doit faire penser à l'évolution de la tuberculose dans un tel milieu, dès la première période de la tuberculose pulmonaire, la congestion est nécessairement accrue par l'irritation due à l'air sec. Le même raisonnement s'applique à la bronchite aiguë, la pneumonie, l'asthme, etc., etc.

Passant à l'étude de l'humidité relative de l'air, faite pendant les six derniers mois, l'auteur dresse un tableau comparatif très instructif. Sur une température variant de 64° à 66° à l'intérieur de la maison il a trouvé une humidité relative variant de 41 à 58, alors que la condition la plus favorable de l'humidité relative de l'air devrait être de 70 à 75 pour cent.

La moyenne des voies respiratoires est donc soumise à une activité considérable lorsqu'une transition subite la fait passer de 40 pour cent d'humidité à 75 ou 80 pour cent qui est la moyenne d'humidité de l'air à Montréal.

Comme déduction pratique, plus la température est élevée à l'intérieur de la maison moins l'air est humide, et plus cet air est irritant sur la muqueuse des voies respiratoires. L'auteur cite quelques exemples d'affections nasales et pharyngiennes survenues dans des conditions défectueuses de l'atmosphère, l'augmentation du pourcentage d'humidité de l'air inspiré à la maison a suffi pour faire disparaître les troubles accusés.

Il en conclut que l'excessive sécheresse de l'air atmosphérique est une des causes les plus communes des affections du naso-pharynx: catarrhe muqueux, tumeurs adénoïdes et affections catarrhales des trompes d'Eustache.

A. A. FOUCHER.

OBSTÉTRIQUE**Rupture de la cicatrice d'une ancienne opération césarienne.**

A la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Médecine de Paris, Couvelaire rapporte un cas de rupture de cicatrice d'une ancienne opération césarienne. Après avoir cité l'histoire de sa malade qui a subi une césarienne à sa deuxième grossesse et qui a souffert d'une rupture de la cicatrice à sa troisième grossesse, termine son travail en disant: L'étude anatomique de l'utérus rétracté peut se résumer de la façon suivante:

- 1° Insertion du placenta sur la région de la cicatrice;
- 2° Cicatrice fibreuse doublée d'une caduque banale;
- 3° Amincissement considérable de la paroi utérine dans la région de la cicatrice;
- 4° Déchirure de la région cicatricielle, non pas au niveau, mais sur le bord de la cicatrice fibreuse.

Couvelaire rappelle huit observations déjà rapportées de ruptures de l'utérus, survenues pendant une grossesse consécutive à une opération césarienne conservatrice, l'utérus suturé s'étant rompu au niveau de la cicatrice.

L'étude de ces observations permet de dégager trois facteurs dont le rôle, dans la production de la rupture de l'utérus suturé doit être discuté.

- 1° L'état anatomique de la cicatrice;
- 2° La distension utérine;
- 3° L'insertion du placenta sur la région de la cicatrice.

Dans les cas de Woyer, Ekstein, Prusmann, le rapport entre la rupture de la région cicatricielle et l'amincissement de cette région est *anatomiquement* établi.

Les ruptures dans les neuf observations citées sont survenues dans le cours des deux derniers mois de la grossesse. Donc la distension utérine joue son rôle comme cause d'amincissement de la cicatrice.

Assurément d'après Woyer, la distension utérine ne suffit pas à créer la rupture, mais elle accroît les risques de rupture.

Le rôle de l'insertion placentaire comme facteur prédisposant à la rupture, a été diversement interprété.

Un fait domine l'étiologie actuelle des ruptures de l'utérus gravide après section césarienne, c'est sa rareté.

Jadis, ces ruptures paraissent avoir été relativement fréquentes chez les survivantes de la césarienne, pratiquée sans suture et sans aseptie.

Les risques de ruptures devaient, a priori, être considérablement réduits, sinon supprimés par la technique moderne. En effet, il n'y a eu que 9 cas de rupture pour une pratique de 20 ans.

D'après les statistiques des opérateurs, pratiquant pour la 2^e ou 3^e fois l'opération césarienne, l'amincissement de la cicatrice aurait été observé dans plus de 17 pour cent des cas. Cependant le pourcentage de ruptures effectuées de 2 pour 100.

D'après le chiffre de 17 pour 100 on a voulu contester la légitimité de la césarienne conservatrice.

D'après Couvelaire, les 9 observations de ruptures publiées depuis 20 ans ne suffisent pas à légitimer la stérilisation systématique par amputation de l'utérus ou l'ablation des trompes.

Couvelaire adopte la ligne de conduite suivante: *Toutes les fois que, l'opérateur et l'opérée, réalisant les conditions requises, la femme est jugée capable de mener à bien une grossesse ultérieure, on est en droit de lui conserver son utérus.*

Cependant certaines réserves sont à formuler: surveillance obstétricale attentive pendant les deux derniers mois, dans une clinique. La constatation, dans le cours des deux derniers mois, d'une surdistension utérine fera naître l'indication d'une césarienne avant le début du travail.

L'amincissement de la paroi utérine au niveau de la cicatrice, paraît être la conséquence d'une cicatrisation incomplète de la section césarienne. Dans la plupart des cas, la cicatrisation n'a porté que sur la portion sous-péritonéale de la tranche utérine.

L'infection et une mauvaise technique opératoire ont été incriminées.

D'après Couvelaire, la suture idéale est la suture étagée: 1° suture musculo-muqueuse, comprenant une faible épaisseur de tissu; 2° suture musculo-séreuse; 3° suture superficielle séro-musculaire ou séro-séreuse.

Dans les 9 observations, la rupture est survenue brusquement, sans traumatisme, sans travail apparent. Les contractions utérines de la grossesse ou du début du travail suffisent-elles à faire éclater la mince et peu élastique cicatrice?

La situation clinique est nette: d'abord douleur, qui peut faire croire à un début de travail; puis cortège alarmant des symptômes de l'hémorrhagie intra-péritoniale. L'urgence de l'intervention qui peut sauver la femme.

Comment intervenir: Laparatomie.

Doit-on conserver l'utérus? Dans trois cas l'utérus rupturé a été suturé et conservé, et les trois femmes ont guéri.

Couvelaire est pour l'amputation de l'utérus. "En suturant l'utérus, dit-il, comme dans la césarienne ordinaire, on réalise imparfaitement l'indication primordiale d'assurer l'hémostase. D'autre part, le temps nécessaire pour effectuer une suture soignée de l'utérine est de beaucoup supérieur au temps que nécessite l'amputation utéro-ovarique à la manière de Porro, qui, plus rapide, assure l'hémostase immédiate et définitive."

De plus, en suturant les deux lèvres de la déchirure, on risque de juxtaposer deux surfaces constituées par quelques millimètres de paroi musculofibreuse rupturée, et par 2 à 3 centimètres de caduque.

L'indication à remplir est double: assurer l'hémostase, et parer aux risques de rupture ultérieure. Voilà pourquoi Couvelaire conseille l'hystérectomie à la manière de Porro.

R. de COTRET.

NEUROLOGIE

Sur un signe diagnostique pratique de la mort, par le DR OTT (*Rev. de méd. lég.*).

Ce signe consiste en la production d'une phlyctène gazeuse. Voici la technique proposée: — L'avant-bras mis à nu, le bras est étendu horizontalement, la face antérieure tournée vers le sol et à une distance suffisante de ce dernier pour que la main de l'opérateur et la source de chaleur qu'elle porte puissent manœuvrer librement entre le bras du sujet et le sol.

L'atmosphère environnante doit être immobilisée le plus possible par la recommandation aux assistants de ne faire aucun mouvement susceptible d'amener un déplacement d'air. En cas de grand vent, un manteau tendu contre le vent formera un écran suffisant pour permettre la réalisation de l'expérience.

Tout étant disposé comme il est dit ci-dessus, on place la flamme de la bougie sous le bras du sujet, l'extrémité allongée de la flamme venant lécher légèrement la peau. A partir de ce moment, il devient indispensable de ne pas perdre de vue la place léchée par la flamme.

Au bout de quelques secondes, en effet, on voit se produire subitement une boursouffure de la peau qui éclate avec un certain bruit presque toujours perceptible par les assistants.

Cette boursouffure se produit si subitement qu'elle surprend toujours la première fois qu'on cherche à la produire. Aussi deux ou plusieurs épreuves sont-elles nécessaires pour en constater nettement la production.

Si on examine ensuite la place, on constate l'existence d'une aire circulaire, généralement des dimensions d'une pièce de 20 centimes, où l'épiderme s'est soulevé. Sur les bords de cette aire se remarquent les débris rétatifiés de l'épiderme, mais aucun liquide n'existe, aucun exsudat quelconque ne s'est produit. Chez une personne vivante, on aboutirait, soit à la production d'une phlyctène à contenu séreux, mais jamais on n'arriverait à produire une phlyctène gazeuse.

Si l'épreuve décrite ci-dessus donne naissance à une phlyctène gazeuse qui éclate, on peut, en toute tranquillité, affirmer la mort du sujet examiné, car la phlyctène gazeuse ne peut se produire que parce que toute circulation a disparu, si ralentie qu'on puisse supposer la circulation dans un cas de mort apparente, il se serait produit au niveau de la phlyctène un exsudat séreux. Or: circulation = vie.

L'importance et les inconvénients de la déchloruration, et le traitement de l'épilepsie, par J. J. MUSKENS. (1)

(1) Neurolog. Centralbl. Kéval in L'Encéphale.

1° L'hypochloruration semble favoriser l'action anti-épileptique du bromure mais l'acné est vive: combattre celle-ci par des solutions chaudes de NaCl, la liqueur de Fowler, la levure de bière. Rarement la dose de bromure a dépassé 4 à 5 grammes; des doses plus élevées ne font pas davantage. 2° Les hommes supportent le traitement mieux que les femmes et ont pour lui moins d'aversion. L'âge n'a à cet égard que peu d'influence. Les malades à l'hôpital donnent beaucoup plus de peine que les malades à la consultation. 3° Le grand mal est bien plus aisément influencé que le petit mal et les équivalents psychiques. 4° Signes indiquant que le régime est mal supporté: vertiges, faiblesse dans les jambes, empatement de la langue, constipation ou diarrhée, affaiblissement de la mémoire, œdème surtout de la face. 5° Il faut encore noter l'odeur désagréable de l'haleine, la névralgie opiniâtre du trijumeau, d'ordinaire unilatérale, principalement chez les gens qui ont beaucoup souffert des dents. 6° Le traitement produit souvent de l'excitabilité; celle-ci rend quinteux mais incite aussi au travail. 7° Beaucoup de sujets ont de la tendance au sommeil mais généralement pas au point de ne pouvoir travailler. 8° Dans l'épilepsie sénile, la sensation métallique s'améliore instantanément, d'où l'emploi heureux de la déchloruration dans certaines psychoses légères, dans la neurasthénie torpide, avec insomnie, dans la migraine. 9° Il n'y a pas de contre-indication ni dans l'âge ni dans les conditions psychiques ou intellectuelles, pourvu que le traitement soit méthodique et clinique. Seules les affections du cœur, notamment du myocarde et l'œdème des personnes âgées sont un obstacle. Résultats favorables chez les idiots épileptiques. 10° Généralement dans les premières semaines les malades augmentent de poids; plus tard, ils maigrissent, mais il faut tenir compte de l'inappétence qui souvent survient rapidement. 11° Menstruation au début retardée, puis normale.

C'est l'observation clinique qui permettra de graduer et de prolonger suivant les individus la déchloruration; les troubles de la sensibilité segmentaire sont l'indice de l'équilibre instable de l'épileptique; la sensibilité douloureuse qui se montre souvent quelques mois après le traitement vient à la rescousse.

Malheureusement, relativement fréquents sont les cas où, malgré la déchloration, toute la surface du corps reste totalement analgésique, qu'il y ait ou non équilibre instable, tout aussi bien chez les épileptiques mentalement indemnes ou fort atteints psychiquement. Il y a d'ailleurs de très grandes différences dans la résistance à la déchloration des divers cas d'épilepsie atypique.

La déchloration de l'économie, et en particulier du plasma sanguin, permet l'action bien plus puissante de plus faibles doses de K. Br, parce que au chlorure de sodium, se substituent aisément molécules égales d'iode et de brome si le plasma sanguin contient beaucoup de NaCl, il ne se libère que peu de Br; il n'entre donc que peu en contact avec le protoplasma; douze grammes de bromure administrés en quatre jours s'éliminent par l'urine en peu de jours (Hondo); la même quantité, administrée à un sujet déchloruré, sécrète en plusieurs semaines. Le bromure a une grande affinité pour les crésoles et suffit à enlever aux crésolochlorés leur puissance tonique (Bauman et Brieger, F. Gutschy, Blumenthal).

Quid de l'intervention chirurgicale? Le traitement interne tend à diminuer l'excitabilité corticale à l'égard des décharges épileptiques. Si l'intervention opératoire est apte, en certains cas, à la diminuer de manière que le traitement interne réussisse à empêcher tout excitant épileptogène de provoquer une décharge, l'opération est légitime en face d'une maladie aussi triste, aussi fatalement progressive que l'épilepsie. C'est un adjuvant utile dans les limites des expériences qui montrent que l'opération pratiquée sur un hémisphère ne peut influencer exclusivement que l'équilibre instable de la moitié opposée du corps.

E.-P. CHASSON

HYGIENE

La contagiosité de la scarlatine et sa prophylaxie. par BOISSON, dans *Annales d'hygiène publique*, mars 1906. — *Journ. Méd. et Chir. prat.*, 10 avril 1906.

M. Boisson, après avoir observé minutieusement une épidémie de scarlatine à l'école militaire, conclut que les notions communément admises relativement à la contagiosité doivent être révisées.

« La scarlatine est contagieuse dès le début, dit-il, de la période d'invasion, à la phase pré-éruptive, dès que les premières manifestations angineuses ont fait leur apparition. »

« Ce sont les produits bucco-pharyngés qui sont les agents de la contagion: le point de départ du contagage est la gorge, et c'est dans la gorge qu'il persiste le plus longtemps à la façon du bacille de Löffler chez les sujets récemment atteints de la diphtérie pharyngée. »

Les squames sont toujours des agents de transmission, mais la maladie réelle, c'est l'angine scarlatineuse. C'est donc là qu'il faut porter son attention.

De plus, M. Boisson a remarqué que la période d'incubation dure quatre jours. C'est un point important à connaître au point de vue de la prophylaxie. Ainsi, tout sujet exposé à un contact scarlatineux devra être isolé pendant quatre jours et soumis pendant ce temps à des examens de la gorge répétés deux fois par jour.

Quant à la désinfection des locaux, M. Boisson emploie des pulvérisateurs de formol à 2,5 p. 100. C'est un antiseptique puissant et économique.

J. A. LESAGE.

UROLOGIE

Recherche des matières albuminoïdes dans l'urine.

M. Brandeis, dans son livre sur *l'Urine normale et pathologique* (Steinheil, édit.), a parfaitement décrit la technique à suivre pour rechercher dans l'urine les diverses matières albuminoïdes qu'elle peut contenir.

Pour rechercher l'ALBUMINE, il est indispensable d'opérer sur une urine parfaitement limpide; dans les cas où elle est tout à fait trouble, on pourra la filtrer sur bougie Chamberland (Oui et Deroïde).

La recherche est-elle quantitative, on pourra essayer: 1° *le réactif de Tanret*: verser dans un tube à essai 10 cc. d'urine bien limpide et ajouter x gouttes de liqueur de Tanret. S'il ne se produit aucun louche, c'est que l'urine ne renferme pas d'albumine. S'il se produit un louche, celui-ci peut être dû aux peptones, aux alcaloïdes, à l'antipyrine, à l'acide urique; mais, tandis que, lorsqu'on chauffe à ébullition, le louche dû à la présence des corps précédents disparaît, celui dû à l'albumine persiste dans les mêmes conditions.

2° *La chaleur*. Verser dans un tube à essai 15 cc. d'urine limpide; additionner de 15 à 20 gouttes d'une solution saturée de sulfate de magnésie. Le mélange, rendu bien homogène par agitation, est acidulé avec 2 gouttes d'acide trichloracétique étendu de 3 p. d'eau. On chauffe alors la partie supérieure du liquide dans la flamme d'un brûleur, en roulant entre le pouce et l'index de la main droite le tube que maintiennent par sa partie inférieure les doigts de la main gauche. On cesse de chauffer au moment où le liquide va entrer en ébullition et on compare la zone chauffée avec les parties profondes du tube à essai. Si l'urine ne renferme pas d'albumine, la transparence est la même dans les deux régions. La présence d'albumine se caractérise par l'apparition d'un louche dans la zone chauffée. Le réactif de Tanret, nous l'avons dit, précipite les peptones et les alcaloïdes. Pour savoir si le précipité est dû aux PEPTONES, on pourra recourir à la réaction dite du biuret. On aspire avec une pipette 5 cc. de liqueur de Fehling et on plonge la pipette, obturée avec le doigt, dans un tube à essai contenant 15 cc. de l'urine à examiner. L'extrémité effilée butant sur le fond du tube, on soulève légèrement le doigt obturateur pour laisser s'écouler doucement la liqueur de Fehling, en évitant qu'elle se mélange à l'urine. On retire alors la pipette et on examine le tube à essai sur un fond blanc. Au niveau de la réunion de la liqueur de Fehling et de l'urine, on verra apparaître un anneau lilas ou fleur de pêcher. Si l'urine en expérience était albumineuse, il faudrait, avant de rechercher les peptones, éliminer l'albumine.

Pour rechercher les PEPTONES ou ALBUMOSES, on commencera par priver l'urine de l'albumine qu'elle peut contenir; on l'acidifiera par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique, et l'on ajoutera une solution de chlorure de sodium pur. L'urine ainsi traitée donnera, si elle renferme des albumoses, un trouble que fera disparaître la chaleur et qui réapparaîtra par le refroidissement.

La MUCINE se décèle par le trouble que cause, dans les urines qui en contiennent, l'addition de quelques gouttes d'acide acétique.

L'HÉMOGLOBINE se recherche au spectroscope. Quant au FIBRINOGENE, il communique à l'urine une consistance molle et tremblotante presque caractéristique.

Deux méthodes pour rechercher les acides biliaires, dans *Tabl. Méd. Mobiles*,
1er avril 1906.

Grâce au procédé nouveau de Hayeroff, on peut déceler à des doses infinitésimales la présence des acides biliaires dans l'urine.

On verse un peu de fleur de soufre sur la surface de l'urine contenue dans un verre à expérience. S'il y a des acides biliaires le soufre va au fond; sinon il reste à la surface et ne dépose que graduellement. Toutefois, cette réaction n'a de valeur qu'en autant que l'urine ne contient aucune des substances suivantes: alcool, éther, chloroforme, essence de térébenthine, benzène, phénol et dérivés, aniline, savon, etc., qui produisent la réaction.

Ce procédé serait supérieur à celui de Gemlin et Pettenkoffer, souvent indécis.

L'explication de la réaction par le soufre tiendrait à des différences de tension superficielle. D'autre part, je lis dans la *Gazette des hôpitaux*, 7 avril 1906, qu'un médecin allemand propose la méthode suivante qui n'est influencée par aucun médicament usuel.

"On verse dans un verre une petite quantité de solution aqueuse d'acide sulfanilique à 1 p. 100 (sol. A.), puis une quantité égale de solution aqueuse de nitrite de soude à 1 p. 100 (sol. B.).

"On ajoute au mélange des deux solutions A et B une égale quantité de l'urine à examiner (un $\frac{1}{2}$ c. cube du mélange A et B et $\frac{1}{2}$ c. cube d'urine). On agite pendant 10 à 15 secondes. Si l'urine contient des pigments biliaires le mélange prend une coloration rouge rubis. Si l'on ajoute alors une à deux gouttes d'acide sulfurique concentré et si l'on étend avec de l'eau, le tout tire au violet améthyste."

En comparant les deux méthodes on pourra se rendre compte de leur valeur clinique respective.

J. A. LESAGE.

PHARMACOLOGIE.

FORMULAIRE

1° *Pommade antinévralgique*

Menthol.....	0 gr. 75
Cocaïne.....	0 gr. 25
Chloral.....	0 gr. 15
Vaseline.....	5 gr.

F. s. a. une pommade que l'on étend sur la région douloureuse, et que l'on recouvre d'une bande de taffetas d'Angleterre, dans le cas de névralgie périorbitaire et d'hémicranie.

2° *Contre les hémorrhagies de la ménopause.*

Teinture de viburnum punifolium.....	} àà 4 grammes
— d'hydrastis canadensis.....	
Elixir de garus.....	} àà 30 grammes
Sirop de thébaïque.....	
Eau de tilleul.....	

3 à 4 c. à soupe par jour (*Gazette hop.*)

3° *Pour le pansement des brûlures.*

Ictovaine.....	1 gramme
Vaseline boriquée.....	4 —

En application locale.

4° *Un moyen d'arrêter le hoquet.*

Prendre un morceau sucre, le tremper dans le vinaigre, le mâcher rapidement et l'avaler.

5° *Incontinence nocturne d'urine.*

Antipyrine..... 1 gr. 50 centig.

A prendre le soir au coucher durant 8 à 10 jours : repos de 5 à 6 jours : reprise s'il y a lieu — (Plantier) — Cette dose a été donnée à un enfant de 8 ans.

5° *Contre d'hyperhidrose plantaire (sueurs des pieds).*

Lavage des pieds au savon, puis : badigeonnage de la plante du pied avec une solution de formaline à 20 ou 10 %.

SUPPLEMENT

STATUTS ET REGLEMENTS DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

I. STATUTS

CONSTITUTION ET BUT DE LA SOCIETE.

ARTICLE 1

La Société porte le nom de *Société Médicale de Montréal*.

ARTICLE 2

Elle a pour but l'étude de la médecine, de la chirurgie, et des questions dites d'*intérêt professionnel* ; ses travaux comprennent tout ce qui peut concourir à cet objet.

COMPOSITION DE LA SOCIETE.

ARTICLE 3

La Société se compose de membres titulaires, de membres honoraires et de membres correspondants.

a) Les membres titulaires seront choisis parmi les médecins, habitant l'île de Montréal.

b) Les membres honoraires sont choisis parmi des médecins remarquables par leur science ou par les services rendus à la Société.

c) Les membres correspondants seront choisis parmi les médecins habitant en dehors de l'île de Montréal.

ARTICLE 4

Les membres titulaires ont seuls voix délibérative, ils peuvent seuls faire partie des commissions, prendre part aux élections et faire partie du bureau.

ARTICLE 5

Les conditions de toute candidature pour les places de titulaires sont : 1° d'être médecin licencié. 2° d'avoir adressé à la Société une demande écrite spéciale contresignée par deux membres titulaires.

ARTICLE 6

La Société pourra nommer des membres honoraires ou correspondants d'après une proposition écrite de deux membres titulaires à la majorité des membres présents.

ARTICLE 7

Toutes les élections se font au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

Il ne pourra être procédé à l'élection d'un membre titulaire qu'en séance ordinaire après l'inscription de telle candidature à l'ordre du jour.

ADMINISTRATION DE LA SOCIETE

ARTICLE 8

Le bureau est ainsi composé :

Un président.

Un vice-président.

Un secrétaire,

Un assistant-secrétaire,

Un trésorier.

Le comité de régie se compose du bureau et des anciens présidents élus depuis dix ans.

ARTICLE 9

Le président et le vice-président, élus pour un an ne sont rééligibles qu'après une année d'intervalle.

Les autres membres du bureau sont nommés pour un an et rééligibles.

ARTICLE 10

Le bureau représente la Société vis-à-vis des tiers.

ARTICLE 11

Le président fait, *ipso facto*, partie de toutes les commissions, il remplit les fonctions d'ordonnateur, il signe les mandats de dépense de concert avec le trésorier.

ARTICLE 12

Le trésorier rend chaque année un compte détaillé de sa gestion.

DES SEANCES

ARTICLE 13

La Société se réunit en séance le 1er et le 3ième mardi de chaque mois : ces séances sont privées. Tout médecin étranger à la Société doit être accompagné d'un membre titulaire, et ne peut prendre part à la discussion qu'après l'autorisation du président.

La Société suspend ses séances du premier juin au premier mardi d'octobre.

II. RÈGLEMENTS

ARTICLE 14

La Société s'interdit toute discussion étrangère au but de son institution.

ATTRIBUTIONS DU BUREAU ET DU COMITE DE REGIE

ARTICLE 1

Le président règle l'ordre d'inscription des personnes qui ont des communications à faire à la Société; il appelle les sujets à traiter conformément à l'ordre du jour, il dirige les discussions, met aux voix les propositions, recueille les suffrages, et proclame les décisions de la Société. Il nomme, de concert avec les autres membres du bureau, les commissions chargées des rapports ou des travaux scientifiques et en dirige le fonctionnement. Il assure le maintien de l'ordre. Il signe le procès-verbal conjointement avec le secrétaire.

ARTICLE 2

Le président, en cas d'absence, est remplacé par le vice-président.

En cas d'absence du président et du vice-président, les membres présents élisent un président *pro tempore*.

ARTICLE 3

Le secrétaire a pour fonctions de préparer l'ordre du jour de chaque séance, de faire le dépouillement préalable des pièces de la correspondance, de rédiger et de signer les délibérations, les lettres écrites au nom de la Société. Il est aussi chargé de rédiger les procès-verbaux des séances, qu'il signe conjointement avec le président, et d'en faire la lecture. Dans la dernière séance de l'année, il devra faire un compte-rendu général des travaux de l'année.

ARTICLE 4

Le secrétaire, en cas d'absence, est remplacé par l'assistant-secrétaire.

ARTICLE 5

Toutes les pièces adressées à la Société sont datées et paraphées par le secrétaire le jour même de leur réception.

La présentation et la lecture de ces pièces sont constatées de la même manière.

ARTICLE 6

Le secrétaire est aussi le conservateur des archives. Tous les objets offerts à la Société (livres, gravures, instruments, etc., etc.) ou acquis par elle sont également mis sous sa garde.

ARTICLE 7.

Le trésorier a la charge de toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société. Il signe, de concert avec le président, les *borderaux* de dépense, il reçoit le montant des cotisations. Il solde les dépenses, en tient note exacte et rend un compte détaillé à la fin de l'année, à la Société.

ARTICLE 8

Le comité de régie s'occupe des intérêts généraux de la Société.

ARTICLE 9

Les séances de la Société ont lieu le 1er et le 3me mardi de chaque mois à 9 heures précises du soir.

ARTICLE 10

Le *quorum* des séances sera de dix membres.

ARTICLE 11

Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption du procès-verbal.
- 2° Correspondance.
- 3° Présentation de malades, de pièces anatomiques, d'instruments.
- 4° Avis de motion. — Motions.
- 5° Lecture de rapports.
- 6° Lecture de travaux originaux.
- 7° Elections des membres.

La Société peut, sur proposition et selon le besoin, intervertir cet ordre.

ARTICLE 12

Une communication ne peut être interrompue que sur motion à cet effet — Elle ne peut être suspendue que d'après l'ordre, séance-tenante, des membres du comité de régie présents à la réunion après délibération à huis clos.

ARTICLE 13

Tout travail refusé par la Société est retourné à son auteur.

ARTICLE 14

Les Commissions chargées de rapports sont composées ordinairement de trois membres et exceptionnellement de cinq.

ARTICLE 15

Le commissaire nommé le premier reçoit les pièces à examiner et en accuse réception. C'est lui qui est chargé de convoquer la commission et celle-ci choisit elle-même son rapporteur qui devra faire un rapport écrit à la Société à la séance suivante, ce rapport sera conservé dans les archives.

ARTICLE 16

Tout rapport est discuté avant d'être mis aux voix. La parole est en conséquence accordée à tous les membres qui la réclament chacun à son tour. Si toutefois une discussion s'animaît assez pour que des orateurs déclarassent s'instruire *pour* ou *contre*, la parole serait accordée alternativement à un orateur *pour* et à un orateur *contre*.

ARTICLE 17

Par exception à l'article précédent la parole doit être accordée à tout orateur qui la demande durant le cours de la discussion, pour établir la question, pour réclamer la clôture ou l'ordre du jour, et enfin pour un fait personnel.

ARTICLE 18.

Le même membre ne peut prendre la parole plus de trois fois dans une discussion, à moins d'une décision du président.

ARTICLE 19.

Le rapporteur a droit de prendre la parole le dernier.

ARTICLE 20.

Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasserait les limites de la discussion scientifique, et il rappelle à la question tout orateur qui s'éloignerait de l'objet de la discussion.

ARTICLE 21

La discussion, une fois ouverte, ne peut être fermée que de deux manières: ou bien parce qu'aucun membre ne demande plus la parole, ou bien parce que le président déclare la discussion close.

ARTICLE 22

Dans tous les cas où l'ordre ne pourrait être établi, le président a le droit de lever la séance.

ARTICLE 23

Après la discussion d'un rapport, les conclusions sont mises aux voix, s'il y a des amendements appuyés, ils ont a priorité.

ARTICLE 24

Les communications faites par les membres de la Société ne sont pas nécessairement soumises à un rapport et la discussion peut s'ouvrir immédiatement après.

Néanmoins, sur la demande de trois membres, la Société peut passer à l'ordre du jour et renvoyer la discussion à la séance suivante.

ARTICLE 25

Après la clôture des discussions ouvertes sur les travaux des membres de la Société, on passe à l'ordre du jour, si nulle proposition n'est faite.

ARTICLE 26.

La Société n'autorise aucun frais sans le consentement du bureau.

RECETTES ET DEPENSES

ARTICLE 27

La contribution annuelle est fixée à deux piastres pour les membres titulaires seulement.

ARTICLE 28

Tout membre devra verser entre les mains du trésorier le montant de sa cotisation annuelle le troisième mardi d'octobre, dernier jour, s'il veut prendre part aux élections du bureau.

Un membre qui néglige de payer sa contribution annuelle durant trois années consécutives cesse, de fait, de faire partie de la Société.

ARTICLE 29

On ne peut être considéré comme démissionnaire que par un avis écrit donné au secrétaire.

ARTICLE 30

Les frais de bureau et d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier, sur le visa du président.

ARTICLE 31

Le trésorier présente ses comptes dans la dernière séance de décembre. La Société vote ensuite sur ce rapport; après quoi, s'il y a lieu, le président donne au trésorier décharge de sa gestion sur ses registres.

ELECTIONS DU BUREAU

ARTICLE 32

Les élections du bureau ont lieu dans la première séance de décembre. Le nouveau bureau entre en fonctions dans la première semaine de janvier.

ARTICLE 33

Les membres honoraires et les membres correspondants ne peuvent ni prendre part aux élections, ni faire partie du bureau.

RADIATIONS

ARTICLE 34

En cas d'indignité, résultant d'une faute grave de droit commun ou professionnelle, une commission spéciale, réunie par le comité de régie, pourra proposer la radiation d'un membre titulaire, honoraire ou correspondant.

Cette commission sera composée, outre les membres du comité de régie, de cinq membres titulaires élus au scrutin de liste par l'assemblée, en séance régulière.

L'intéressé a droit de présenter ses explications, soit verbalement, soit par écrit, soit par l'entremise d'un membre titulaire qu'il désigne à cet effet.

La décision de cette commission adoptée par les deux tiers des voix sera finale.

ARTICLE 35

Toute proposition tendant à modifier les statuts ou le règlement devra être signée au moins par cinq membres titulaires, déposée sur le bureau et renvoyée à l'examen du comité de régie.

Le rapport du comité de régie sera lu et discuté dans une séance suivante.

Le vote aura lieu immédiatement après la clôture de la discussion et la proposition ne sera adoptée que si vingt membres titulaires étant présents, elle réunit les deux tiers des voix des membres titulaires présents. Ce vote ne sera valable que si tous les membres titulaires ont été régulièrement convoqués.

N. B. — Les membres actuels de la Société Médicale restent membres titulaires. Les membres honoraires et correspondants restent membres honoraires et correspondants.

Le secrétaire devra informer les membres, à la deuxième séance d'octobre, qu'ils sont tenus de payer leur cotisation annuelle ce jour s'ils veulent prendre part aux élections du bureau.