

PAGES

MANQUANTES

Travaux Originaux

ÉCRASEMENTS PÉRIPHÉRIQUES DES MEMBRES— INCONVENIENS DES OPÉRATIONS D'UR- GENCE—TRAITEMENT (1)

Par le Docteur A. MAROIS

Le hasard de la clinique ayant amené dans mon service de l'Hôtel-Dieu deux cas d'écrasements périphériques des membres, je crois intéresser les membres de la Société médicale en leur citant ces deux cas.

Le premier, jeune homme de vingt-deux ans, serre-freins, s'est fait broyer les doigts de la main gauche en accomplant les chars. Trois heures après l'accident un médecin lui fit l'amputation de la main, dans la partie moyenne des os métacarpiens, lui enlevant complètement tous les doigts. Ce malade s'est présenté à l'hôpital trois jours après l'amputation pour faire faire son premier pansement. Il y avait un peu de rougeur et de gonflement, le patient souffrait mais quelques pansements humides firent bientôt tout disparaître. :

L'autre malade est un homme de 46 ans, bûcheron, qui s'est fait écraser le pied droit par la chute d'un arbre. Six à huit heures après l'accident le médecin enleva la partie externe du pied droit, laissant le gros orteil. Le malade arriva à l'hôpital quelques jours après l'accident, toute la peau de la partie

antérieure du pied était sphacéiée. Après élimination des parties gangrenées, j'ai dû lui faire l'amputation médio-tarsienne du pied.

Je désire ce soir attirer votre attention sur les inconvénients de ces interventions d'urgence dans les grands traumatismes et vous parler du traitement à suivre dans les accidents de ce genre.

Les dangers de ces interventions d'urgence peu de temps après un traumatisme grave sont très sérieux, on s'expose à opérer en pleine période de shock et causer la mort immédiate. Lorsque la réaction s'est faite et que le malade a repris vigueur les interventions sont encore redoutables parce que le blessé à peine sorti d'un traumatisme grave subit un deuxième traumatisme sérieux. Un autre danger à craindre c'est de priver le malade d'une partie d'un membre qui lui serait utile; ce danger peut être causé en voulant opérer haut pour atteindre au delà des parties mortifiées.

Le premier cas cité illustre le grave inconvénient de cette manière de procéder. Après un simple broiement de doigts on fait d'emblée l'amputation de la main dans la partie moyenne des métacarpiens sans laisser le moindre tronçon de doigt dont la présence rend toujours de si grands services au mutilé.

D'un autre côté si dans l'espérance de conserver au blessé la plus grande partie possible de son membre on fait une opération partielle on s'expose au danger de la gangrène secondaire du moignon. C'est précisément le malheur qui est arrivé à notre deuxième malade, une amputation partielle du pied ayant été faite, les lambeaux se sont gangrenés et une amputation secondaire du pied a été nécessaire. La première intervention a été absolument inutile au malade et lui a fait courir les risques d'une opération toujours sérieuse.

Que doit-on faire dans ces écrasements périphériques des membres ?

Comme je viens de vous le démontrer *N'amputez-pas*, cependant si l'extrémité broyée ne tient plus que par quelques lamères de peau et de muscles, on aura tout avantage à s'en débarrasser de quelques coups de ciseaux.

Le foyer traumatique est largement exposé, le membre est lavé soigneusement avec de l'eau bouillie et du savon, la peau est rasée avec soin puis frottée à la brosse et dégraissée avec de l'alcool. Lorsque les téguments sont bien désinfectés, on s'occupe du foyer, on enlève les esquilles libres, les lambeaux de muscles puis on nettoie avec précautions toutes les anfractuosités de la plaie avec un injecteur à pression rempli d'eau bouillie et avec un tampon de ouate trempé dans de l'alcool on essuie le foyer traumatique. Après cette désinfection méthodique de tout le foyer, on procède à ce qui est convenu d'appeler *l'embaumement du membre*, des lamères de gaze imbibées d'alcool ou d'une pommade polyantiseptique sont interposées entre les diverses parties charnues et entassées dans toutes les anfractuosités. Le tout recouvert de larges compresses aussi trempées dans l'alcool, une volumineuse couche de ouate termine le pansement lequel peut rester en place 15 à 20 jours. S'il a besoin d'être renouvelé, la douleur, la fièvre, l'imbibition du pansement nous l'indiquent.

Il ne faut pas croire cependant qu'il ne reste à l'amputation précoce aucune indication. Lorsqu'on se trouve en présence d'un écrasement qui date de plusieurs heures, que la plaie est imprégnée de terre, de charbon, de saletés de toute nature, si le broiement porte sur le pied ou la main et les délabrements sont tels que l'extrémité du membre est irrémédiablement perdue, il vaut mieux avoir recours à l'amputation immédiate que de faire

courir à notre malade les dangers de l'infection, vu la quasi impossibilité d'une déterision suffisante de pareils foyers.

Je ne saurais mieux terminer ces quelques notes qu'en vous citant les indications données par Lejars sur les traumatismes périphériques des membres.

1° Dans les écrasements récents,—même lorsque le shock est peu accusé ou que sa phase initiale est passée,—*l'amputation réglée au-dessus, doit être abandonnée comme intervention d'urgence.*

Il faut lui substituer *la désinfection minutieuse et totale du foyer et l'embarquement*, après avoir, s'il est possible, détaché le bout périphérique du membre broyé, qui ne tient plus, et simplifié, par quelques excisions, le champ de l'élimination ultérieure. Quand le broiement porte sur le pied ou la main, qu'il remonte à plusieurs heures, et que les tissus, réduits en bouillie, figurent une masse informe, imprégnée de toute espèce de souillures, mieux vaut souvent en finir tout de suite, par une amputation au lieu d'élection, qui, en somme, ne sacrifie rien de trop.

II° *Dans les écrasements infectés, l'amputation* devient le plus souvent une mesure de salut, qu'il faut savoir prendre à temps.



CINQ CAS D'APPENDICITE ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES DE L'APPENDICITE.

Au mois de janvier dernier, le Docteur Marois, chargé du service de chirurgie à l'Hôtel-Dieu, m'a demandé de recueillir pour vous les présenter les observations des malades intéressants qu'il avait sous ses soins. Et se trouvant dans les derniers jours du mois au milieu d'une série de cas d'appendicite le Docteur m'a suggéré de vous rapporter l'histoire de cinq de ces malades, dont l'une est des plus intéressantes et des plus instructives.

Le résumé que je vais vous en donner ne vous apprendra rien de nouveau sur l'appendicite, mais servira peut-être à vous rappeler à la mémoire quelques-unes des indications thérapeutiques, surtout les indications opératoires que présente cette si fréquente maladie ; c'est à ce point de vue seulement que le fais.

Les quatre premiers malades dont je vais vous parler sont venus à l'hôpital pour se faire enlever leur appendice alors que tous les symptômes aigus avaient disparu ; ils avaient subi une ou deux attaques relativement peu graves d'appendicite plastique avec péritonite localisée et circonscrite. Quant au cinquième, il a été opéré au début de sa crise présentant tous les signes d'une infection péritonéale suraigüe ; je séparerai son histoire de celle des quatre autres pour cette raison.

Le *premier* de la série, un jeune homme de 15 ans, a fait sa première attaque au mois d'août 1904. Quelques heures après un repas excessif composé surtout de fruits, des pommes, il a ressenti de la douleur à l'estomac, douleur qui s'est bientôt généralisée à tout l'abdomen pour se localiser après vingt-quatre

heures au côté droit dans la fosse iliaque. Pendant ce temps il avait des vomissements, de la constipation et un peu de fièvre. Ces symptômes qui étaient à leur apogée au second jour se sont amendés graduellement pour disparaître au bout d'une quinzaine. Vers le commencement de décembre, nouvelle attaque, mêmes symptômes, durée, environ 3 semaines. Sur les conseils de son médecin le malade se présentait à l'hôpital vers le 20 janvier n'offrant à ce moment pour tous symptôme que de la douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, au point de MacBurney.

L'appendice fut trouvé adhérent de tous côtés et enroulé sur lui-même comme un ver, sans pus ni aucun signe de réaction inflammatoire aigue.

La guérison se fit sans aucun incident.

Le *second cas* est un homme âgé de 42 ans, dont le père et deux sœurs sont morts de tuberculose pulmonaire; mais malgré tout, cet homme a toujours joui d'une excellente santé jusqu'en octobre 1904. A ce moment, il a été pris, sans cause apparente, au milieu de la nuit, mais lentement, de douleur dans le ventre sous forme de petites coliques qui se sont localisées le lendemain au côté droit.

Il n'a jamais eu de vomissements, mais la constipation sans être complète était tenace; quatre semaines après le début des accidents le malade prétend avoir passé du pus dans ses selles à deux ou trois reprises, ce qui lui aurait apporté un grand soulagement. A la fin de décembre, recrudescence de tous ces symptômes, mais la douleur cette fois était moins grande; une constipation plus opiniâtre que durant la première attaque et d'un amaigrissement rapide et intense a été les motifs qui l'ont forcé à venir se faire opérer.

L'appendice était gros, dur, adhérent, ainsi que le cæcum et la portion de l'iléon située à sa proximité. En outre on a trou

ve deux gros ganglions situés en dehors du péritoine, dans la fosse iliaque.

La *troisième* malade est une jeune fille de 12 ans. En décembre 1904 elle a été prise subitement et sans cause de vomissements répétés et de douleur dans l'abdomen localisée à la fosse iliaque droite; elle avait en même temps une grande diarrhée. Soumise immédiatement par son médecin à la diète et à l'immobilisation de l'intestin au moyen de l'opium et de la glace les symptômes aigus n'ont duré que trois jours, la douleur s'est atténuée graduellement et au bout de trois semaines à son arrivée à l'hôpital elle était presque complètement disparue. L'opération se fit donc à froid et l'appendice, adhérent de tous côtés, était gros, long et dur comme dans les cas précédents.

Le *quatrième* malade est un homme de 22 ans dont les antécédents héréditaires et personnels sont nuls.

Il y a cinq ans, il a fait une attaque très légère d'appendicite ou plutôt de colique appendiculaire car il n'avait présenté rien d'autre que de la douleur et cette douleur n'avait duré que 2 jours. Mais depuis ce temps le malade a toujours souffert de sa digestion. Le 18 janvier la même douleur est apparue de nouveau, sans vomissements, sans fièvre, sans ictère, mais accompagnée d'un peu de constipation. La diète liquide, les injections de morphine et les applications locales de cataplasmes chauds ne lui ont procuré aucun soulagement, dit-il, tandis que l'application de la glace semble au contraire avoir atténué considérablement ses douleurs. Douze jours après le début de cette crise, le malade restant toujours apyrétique, le Dr Marois lui fit l'extirpation de son appendice qui présentait quelques adhérences au caecum et à l'iléon, et à l'intérieur, on trouva un petit infarctus de la grosseur d'un pois.

Nous avons là quatre malades représentant bien il me semble le type de l'appendicite simple, plastique, avec péritonite

localisée et circonscrite. C'est la forme habituelle que le médecin comme le chirurgien rencontre tous les jours dans sa pratique et pour laquelle le traitement à instituer ne doit plus être ignoré de personne. Il y a quelques années quand on a commencé à parler et à écrire sur cette étrange maladie, on était loin d'être d'accord et la division qui existait était grande, mais depuis ce temps les opinions se sont transformées graduellement : les médecins qui se refusaient à toute intervention, les abstentionnistes, et les chirurgiens qui ne voulaient qu'intervention, les interventionnistes ont cessé d'être aussi absolus, et on a reconnu que le traitement médical comme le traitement chirurgical avaient tous deux leurs indications et leur valeur ; et voici en quelques mots la résultante qui est sortie des innombrables discussions et travaux qui ont été faits sur ce sujet.

Je ne m'occupe pour le moment que de ces quatre malades dont je viens de vous rapporter l'histoire ; vous avez reconnu que c'était l'appendice qui était en cause, chez les quatre, les symptômes étaient nets d'une infection appendiculaire et dès le début de la crise vous pouviez vous rendre compte facilement que l'infection du péritoine était localisée, que l'organisme n'avait pas été pris à l'improviste et que sa défense sinon toute prête s'organisait à soutenir la lutte. On trouve ici le thermomètre oscillant entre 99 et 100, le pouls est rapide, fébrile, et le facies n'a pas l'aspect péritonéal grave des infections suraiguës. La palpation du ventre montre que le point de *MacBurney* est le siège du maximum de douleur ; l'*hypéresthésie* de la peau au même niveau et la *contracture* des muscles de la paroi abdominale au devant du cæcum, les vomissements répétés et la constipation, dans un cas, la diarrhée, sont à peu près les seuls symptômes que vous auriez rencontrés chez ces malades. Eh bien ! que faut-il faire quand on est appelé dans les premières 24 ou 36 heures de l'attaque ? Conseiller l'opération immédiate,

c'est le traitement idéal ; dans la plupart des cas l'opération sera bénigne et coupera court à tous les accidents. Cependant il y a des hésitations qui sont permises en pareil cas et des circonstances défavorables avec lesquelles il faut si souvent compter diminueront votre enthousiasme et votre ardeur ; vous serez excusables si vous savez instituer et appliquer dans toute sa rigueur le traitement médical.

C'est à ce traitement que vous devrez avoir recours si le malade vous est confié au milieu de son attaque ou 36 heures après le début des premières douleurs.

Il consiste, vous le savez, dans *l'immobilisation complète du malade et de son tube digestif* et pour cela avant tout il faut que vous vous absteniez de donner *des purgatifs et des lavements*. Le malade sera immobile dans son lit, couché sur le dos dans la position *horizontale* ; il sera soumis à une *diète* absolue, rigoureuse, des *injections hypodermiques de sérum artificiel* peu abondantes mais souvent répétées empêcheront la déshydratation de ses tissus en même temps qu'elles favoriseront sa phagocytose. L'application en permanence d'un *sac de glace sur l'abdomen*, au siège de la douleur, l'administration de petites doses d'*opium* ou de *morphine* compléteront ce traitement. Le plus souvent l'infection reste atténuée et limitée autour de l'appendice et on voit en quelques jours les accidents s'amender et disparaître. Il est indispensable de conserver à l'immobilité et à la diète toute leur rigueur, et cela, jusqu'à la défervescence, qui peut se produire le quatrième ou cinquième jour dans les cas légers, dans la plupart des cas, du sixième au huitième jour. Il ne vous restera plus alors qu'à conseiller à votre patient une opération "à froid," opération nécessaire si l'on veut éviter dans l'avenir une récurrence sinon fatale, toujours imminente.

On a insisté dans ces derniers temps sur les avantages qu'il y a d'attendre le refroidissement complet des lésions pour faire

cette intervention ; on sera moins exposé, dans les manœuvres, à ouvrir un foyer septique et à inoculer soit le péritoine soit surtout le tissu cellulaire de la paroi abdominale, on pourra fermer hermétiquement cette paroi et l'éventration consécutive devient une exception.

Les choses ne s'arrangent pas malheureusement toujours de cette manière, car toute appendicite, même de l'apparence la plus innocente, peut exiger une opération immédiate sur l'heure et sans rémission. Il faudra donc garder le malade sous la surveillance la plus étroite, et au moindre indice d'aggravation être prêt à l'intervention. Si la température, après avoir oscillé quelque temps entre 99° et 101° , a une tendance à remonter si le pouls s'accélère et surtout ne concorde plus avec la température, si le ventre se météorise et la douleur se diffuse il y a là les signes d'une grande suppuration et il n'est plus permis de retarder, la laparotomie est dans ce cas le seul moyen de parer aux accidents.

Le *cinquième* malade est un jeune homme de 18 ans, ouvrier de manufacture. Le 20 janvier, il était parfaitement bien, sauf un léger rhume qu'il avait depuis quelques jours ; il s'est mis au lit le soir vers 10 heures lorsque tout à coup vers 11 ou 11 $\frac{1}{2}$ heures il a été éveillé brusquement par des douleurs abdominales très fortes, continues et très bien localisées du côté droit à la partie inférieure de la fosse iliaque ; quelque temps après il a eu plusieurs vomissements. Le matin suivant la douleur devenant de plus en plus forte et les vomissements se continuant son médecin lui conseilla de se faire transporter à l'hôpital et à son arrivée, on n'eut pas de peine à reconnaître les signes d'une infection péritonéale suraigüe : la température était au-dessous de la normale, mais le pouls, chose très curieuse et exceptionnelle, était fort, régulier, non accéléré, le facies un peu tiré et anxieux, le ventre météorisé, sensible sur toute sa sur-

face mais la douleur extrêmement vive au point de MacBurney. L'opération faite quelques heures après, c'est à dire 16 heures après le début des premières douleurs permit de trouver facilement et d'extirper un appendice congestionné, turgescant, recouvert en plusieurs endroits de fausses membranes, et, diffusé dans le reste de l'abdomen, un liquide séreux, louche, semblable à du bouillon salé.

Dès le lendemain les symptômes graves disparurent et le malade n'attend plus que la cicatrisation de sa paroi abdominale pour reprendre son travail.

Il est donc important de savoir dépister et reconnaître dès le début ces formes d'appendicite septique et à péritonite généralisée. Le faciès abdominal, grippé, caractérisé par une teinte terreuse et livide du visage, les yeux enfoncés dans l'orbite et le nez pincé, est un des meilleurs indices de la gravité de l'infection. En second lieu l'état du pouls et de la température: le pouls est petit, rapide et fuyant et ne concorde pas avec le degré de température qui est plutôt basse, au-dessous de la normale parfois. Les vomissements se répètent avec tenacité et le plus souvent ils sont accompagnés d'une grande constipation. En quelques heures les douleurs de la fosse iliaque droite ont acquis une haute intensité, le ventre s'endolorit en différents points, il est dur, tendu, partout sensible au palper, ce qui expose à l'erreur, mais si l'examen est méthodique on reconnaît que la triade douloureuse a son point maximum dans la région appendiculaire, de même que l'interrogatoire y révèle ordinairement l'apparition du point initial.

Le malade du Dr Marois est un bel exemple de cette forme d'appendicite et la rapidité de l'intervention vous démontre les brillants résultats qu'on peut obtenir parfois par une action

prompte et décisive. Les hésitations ne sont pas permises en pareil cas et différer l'opération, même de quelques heures, c'est faire perdre au malade la plus souvent ses seules chances de guérison.

ALBERT PAQUET.



LE SANMETTO DANS LA PROSTATITE, L'URÉTHRITE LA DYSURIE ET L'INCONTINENCE.

Dans les dernières six ou sept années, j'ai employé des quantités considérables de SANMETTO. J'ai peine à trouver des mots pour exprimer comme je suis enthousiasmé de son action dans les maladies génito-urinaires en général. Dans la prostatite, l'urétrite et l'incontinence, il n'a jamais manqué de succès. J'insiste sur le cas d'un vieillard âgé de 80 ans qui pendant une vingtaine d'années avait souffert de l'incontinence d'urine.

Dans la journée il portait une éponge pour faire absorber les urines qui s'écoulaient continuellement, dans la nuit il avait avec lui un récipient en zing. Il avait consulté beaucoup de médecins, mais sans résultat. Je lui ordonnai le SANMETTO à prendre quatre fols par jour et au bout de six semaines mon malade était entièrement guéri et il est resté dans cet état jusqu'à sa mort survenue six ans plus tard.

Je ne connais pas de cas de dysurie chez l'homme comme chez la femme qui n'aurait pas été soulagée par le SANMETTO. Ce médicament est la pierre fondamentale de ma thérapeutique génito-urinaires.

Richmond, Ind.

DR. R. R. HOPKINS,

Diplômé en —

HYGIENE THERAPEUTIQUE

LE TRAITEMENT PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE.

Par M. le Dr LOUIS RÉNON.

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de la Pitié.

MESSIEURS,

Dans ces trois leçons, nous allons examiner nos moyens de traitement de la tuberculose pulmonaire chronique, en supposant le malade atteint de la première période de l'affection. (1)

Et tout d'abord, est-il possible de le guérir? Oui, c'est une chose possible, très probable même dans la majorité des cas, car on a dit, vous le savez, que la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques. Cet aphorisme de M. Grancher est vrai, et on peut arriver presque toujours à guérir la tuberculose à son début. Je dis presque toujours et non pas toujours, en raison des réserves suivantes. Il y a des malades qui, par suite d'une hérédité de terrain ou des conditions de fatigue intense, ne réagissent à aucun traitement, surtout si la forme chronique prépare l'évolution ultérieure de formes aiguës. Je vous dis simplement ceci pour vous mettre en garde contre une affirmation parfois beaucoup trop précise de votre part sur la curabilité d'une tuberculose, qui, malgré tous vos soins, se terminerait plus ou moins longuement par la mort. Il y a donc toujours

(1) Conférence clinique faite à l'Hôpital de la Pitié, le 27 mai 1904.

certaines réserves à faire. Vous devez vous montrer pleints d'espoir et confiants en un résultat heureux, y tendre tous vos efforts, mais cependant savoir qu'il est des cas, où malgré la médication la plus énergique, vous n'arriverez à rien. Cela ne doit pas vous décourager, cela est simplement la vérité.

Ceci dit, quel traitement allez-vous employer chez le malade atteint de début de tuberculose pulmonaire ?

Les moyens thérapeutiques ne manquent pas. Il en existe des quantités : je dirai même qu'il y en a beaucoup trop, car pour s'adresser à une bonne médication, il va falloir se montrer éclectique.

Si nous possédions le traitement spécifique de la tuberculose comme celui de la diphtérie, ce serait fort simple. Malheureusement, il n'en est pas ainsi. Pas plus l'ancienne tuberculine de Koch que la nouvelle tuberculine T. R. n'ont donné de résultats décisifs. J'en dirai autant de toute une série de sérums basés sur l'exaltation de virulence du bacille ; je ne parle, bien entendu, que des sérums préconisés par des hommes de bonne foi et d'une valeur scientifique indiscutable, et je laisse de côté une sérothérapie louche installée autour de la tuberculose comme autour de quelques maladies incurables. Le sérum de Maragliano, celui de Whalen, celui de Marmorek, celui de Wright sont encore à l'étude.

Nous n'avons guère d'action directe sur le bacille de la tuberculose et nous ne possédons pas de corps capable de le tuer. Les essais faits avec l'iode, la térébenthine, sont, après quelques espérances déçues, tombés dans l'oubli. Un seul corps, l'argent mérite l'attention. M. Follet, père de mon regretté interne, a obtenu des résultats intéressants avec des injections de poudre d'argent, résultats retrouvés favorables par M. Netter avec l'utilisation du collargol.

Moi-même, l'année dernière, reprenant sur la foi de Saubras une vieille méthode thérapeutique datant de plus de 50 ans, j'ai essayé l'ingestion de semences de phellandrie aquatique ; je n'ai obtenu aucun résultat appréciable sur des malades ayant tous des bacilles dans leurs crachats.

Cela veut-il dire qu'on n'ait jamais l'espoir d'arriver à une vaccination préventive ou curative contre le bacille de la tuberculose ? Je ne le pense pas, et j'estime que nous devons avoir foi en la connaissance récente et bien importante de l'existence de l'état saprophytique du bacille de Koch. Je me suis longuement expliqué sur cette question dans mes leçons sur les *Maladies populaires*. "Jusqu'à présent, disais-je, on a cherché la vaccination contre la tuberculose par des sérums animaux en augmentant la virulence du bacille par des passages successifs.

J'estime, au contraire, qu'on pourrait peut-être trouver la solution de la vaccination tuberculeuse, non en montant la gamme de la virulence, mais au contraire en la descendant, afin de trouver le microbe inoffensif bien supporté par l'organisme ; ensuite, la récupération progressive de la virulence pourrait assurer des vaccins de plus en plus efficaces. Ce ne serait, en tout cas, que la mise en pratique du grand principe de la vaccination pastoriennne, trop oublié selon moi dans les recherches bactériothérapeutiques sur la tuberculose."

C'est là un espoir qui nous reste permis. En attendant qu'il devienne une réalité, comment allons-nous traiter nos malades ? Nous possédons tout un ensemble de moyens qui n'agissent pas sur le bacille, mais qui exercent leur action bienfaisante sur l'individu, en modifiant son terrain bacillisé.

On s'est d'abord servi pour cela d'une polypharmacie utilisant les choses les plus hétéroclites et les plus dissemblables sans profit réel pour l'organisme. Puis, nous vîmes naître la suralimentation, et la médication par la viande crue, dont l'ac-

tion spécifique avait été indiquée, il y a déjà bien longtemps, par Fuster de Montpellier. En même temps, on a conseillé la cure d'air, et nous avons assisté au développement prestigieux des sanatoria qui tous ont voulu réclamer pour eux le monopole de la guérison de la tuberculose, presque à l'exclusion de tous les autres modes de traitement. On tend à revenir aujourd'hui de l'action omnipotente du sanatorium dans la cure de la bacillose. Le sanatorium a des indications précises, et il donne de très bons résultats, mais il n'est pas la seule manière du traitement de l'individu tuberculeux. J'estime que ce traitement doit être absolument éclectique. Vous devez, Messieurs, tout mettre en œuvre contre une maladie aussi redoutable que celle-là, sans vous laisser guider par une idée purement théorique. Vous devez employer à la foi l'alimentation raisonnée, la médication, la cure d'air, et c'est au prix de cette triple action thérapeutique que vous arriverez à des résultats.

Cette thérapeutique, il faut la faire opportune pour chaque malade, un tuberculeux n'étant nullement semblable à un autre ; il est des malades dont on aggrave l'état par une médication systématique et exclusive, d'autres qu'on améliore par une médication raisonnée et éclectique.

Ceci dit, je vais consacrer la fin de cette leçon à un point capital en l'espèce : l'alimentation du tuberculeux.

L'alimentation du tuberculeux paraît simple d'habitude. C'est pourtant une des choses les plus difficiles. On dit au malade : suralimentez-vous. Alors on le gave, on lui fait prendre, les uns sur les autres, toute une série de mets fortifiants plus ou moins digestibles. Parfois, on a la chance de voir le malade augmenter de poids d'une façon extraordinaire. Mais, méfiez-vous, je ne suis pas partisan de ces accroissements rapides et considérables de poids. Invariablement, le malade perd le bénéfice de cette suralimentation intense au bout de 15 jours, d'un

mois ou deux, souvent au prix d'une crise intense de dyspepsie, très difficile à errayer. Vous devez manier l'appareil digestif du tuberculeux avec beaucoup de soins minutieux, comme un objet précieux et fragile auquel vous tiendriez beaucoup, et M. Grancher a raison de dire " que le surcroît de recettes " du phthisique doit être " modéré et doit être réglé pour chaque malade."

Pour fixer cette " ration de guérison, " il faut toute la sagacité d'un médecin instruit et attentif, car elle tient, à mon avis, la première place dans la lutte contre la tuberculose. En dehors de l'alimentation normale, cette " ration de guérison " doit comprendre des aliments azotés, des aliments gras et des hydrates de carbone.

Quels aliments allez-vous donc conseiller ?

C'est d'abord l'huile de foie de morue, excellente préparation, quand elle est bien tolérée. On peut alors en donner jusqu'à 8 à 10 cuillérées à soupe par jour. Si le malade a pour elle une répugnance invincible, si son ingestion détermine des troubles dyspeptiques, vous ne devez pas insister, il faut de suite la supprimer. Vous donnerez la préférence aux huiles blanches et ambrées, essayant de vous assurer si le produit est pur, car il n'y en a pas de plus falsifié que celui-là.

C'est ensuite la viande crue, le type des aliments azotés. A la suite des travaux de Fuster et de ceux plus récents de MM. Richet et Héricourt, la zomothérapie a pris un développement considérable, imposée d'une façon uniforme à tous les tuberculeux. J'estime qu'il faut s'expliquer sur cet emploi, et je ne puis mieux le faire qu'en vous répétant ce que j'ai dit à son sujet dans mon cours sur les *Maladies populaires* : " Si la zomothérapie a de grands avantages dans certains cas, elle a aussi de grands inconvénients dans beaucoup d'autres. Les expériences faites sur le chien, carnivore, ne sauraient s'appliquer dans tous

les cas à l'homme, omnivore. Oui, Messieurs, la viande crue donne de bons résultats chez les gens jeunes, chez les malades qui ont un système artériel et un système rénal en parfait état ; mais chez les personnes d'un certain âge, chez celles dont le rein est adu'téré par une atteinte parenchymateuse ou interstitielle antérieure, la zomothérapie n'aboutit souvent qu'à la dyspepsie et parfois à un petit état urémique, témoin de l'intoxication rénale. Du reste, des phthisiothérapeutes de la valeur de M. Sabourin et de M. Malibrant sont arrivés, non pas à supprimer complètement l'usage de la viande crue, mais à en modérer singulièrement les indications. Ici, comme toujours, vous me voyez partisan d'une médication éclectique, car je ne saurais trop vous mettre en garde contre les médications exclusives. Il n'y a pas une tuberculose mais des tuberculeux, tous fort différents les uns des autres."

Vous pouvez donc employer la viande crue, mais en quantités modérées, la viande de bœuf, un morceau de rumsteack, par exemple, à laquelle vous faites subir trois manipulations : le raclage au couteau, la trituration en la pilant dans un mortier, et la filtration à travers un fin tamis. La viande est alors aussi grenue que possible, apte à être le mieux attaquée par les sucs digestifs. Vous la donnerez à la dose de 100 grammes, 150 au plus dans les 24 heures, en boulettes, prises soit dans du bouillon tiède, soit dans du bouillon froid, soit dans des confitures d'oranges, mélangées à des purées de pommes de terre, de pois ou de lentilles.

Vous pouvez avoir recours au jambon, au jambon maigre d'York, au poulet, au veau, sauf à l'époque des grandes chaleurs ; au poisson, surtout au poisson maigre à chair fine comme la sole, le merlan, le brochet, la limarde, le colin.

Le lait est-il un bon aliment pour le tuberculeux ?

Oui, à la condition qu'il n'existe pas de lésions de l'intestin, au-

quel cas, comme dans presque toutes les entérites, le lait est en général fort mal supporté. Il est des tuberculeux qui ne tolèrent pas le lait pur et auxquels il faut donner le lait écrémé par centrifugation. Le lait d'ânesse et le lait de chèvre peuvent être aussi utilisés avec profit. Doit-on faire bouillir le lait ? Si vous n'êtes pas sûr de votre lait, il faut le faire bouillir. L'ébullition a le grand inconvénient de tuer les ferments du lait et de le rendre beaucoup moins digestible. Le lait idéal serait le lait vivant et stérile, recueilli aseptiquement sur des vaches passées à la tuberculine, avec les précautions rigoureuses qui servent à la prise du sérum des animaux dans les laboratoires. Il existe déjà des établissements opérant de cette manière, et il faut souhaiter leur développement et leur extension ; toutes les maladies dues aux altérations du lait disparaîtraient alors, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Le lait fermenté, le kéfir n° 2, est souvent bien toléré par les tuberculeux dyspeptiques.

Vous pouvez utiliser les céréales, le blé, l'avoine, l'orge, diversement préparés dans des potages, des décoctions variées. Le riz vous rendra aussi de grands services, si vous avez soin d'obtenir par la cuisson que les grains soient toujours séparés les uns des autres. Vous pouvez encore employer les légumineuses les haricots, les pois, les lentilles, en les faisant bien diviser et bien pulper. Les semences de fenugrec, à la dose de 10 à 15 grammes, cuites dans 300 à 400 grammes de lait, forment une excellente préparation, un peu mucilagineuse, très nutritive et très digestive. Vous utiliserez les légumes verts en quantités modérées, surtout si vous avez besoin de vaincre la constipation ; les carottes, les oignons, les navets, le cresson, les choux rouges seront employés de temps à autre pour varier un peu l'alimentation. Les pommes de terre pourront être données sous toutes les formes. Dans le dessert, vous prohiberez les gâteaux, les

tartes à la crème, plus ou moins toxiques' pour donner la préférence au fromage de gruyère, mets des plus assimilables, et aux fruits cuits au four ; parmi les fruits crus, je vous conseille l'usage de la banane, des prunes de reine Claude et de la pêche. Les glaces ne sont pas contre-indiquées, à la condition qu'elles ne soient pas trop froides et qu'elles soient faites avec des produits naturels et non avec des essences.

Quelle boisson doit prendre le tuberculeux pendant ses repas ?

Le vin rouge serait excellent à cause du tannin qu'il renferme ; malheureusement, il n'est souvent pas bien supporté par l'estomac. Essayez le *vin rouge coupé d'eau*, d'une eau légère comme l'eau d'Evian ou l'eau d'Alet. S'il n'est pas toléré, donnez alors de l'eau simple ou coupée d'un peu de bière, de bière de malt de préférence.

Avec toute cette gamme variée d'aliments, vous arriverez à constituer au malade "une ration de guérison" suffisante dans la plupart des cas. Quelques précautions sont à recommander dans cette alimentation : ne pas trop laisser boire les malades au moment du repas pour ne pas diluer à l'excès leur suc gastrique ; ne pas donner le repas de midi trop copieux, si le malade a de la fièvre le soir, vers 4 heures ; ne pas laisser les malades se constiper. Contre la constipation des tuberculeux, l'emploi des levûres de bière ou de vin, riches et vivantes, donne souvent de bons résultats.

Si le malade a de la dyspepsie, il faut diminuer la ration alimentaire et aider l'organisme dans ses fonctions digestives par l'emploi de ferments. Essayez d'abord la pepsine et la pancréatine, d'après la formule suivante :

Pepsine.....	}	ââ 0 gr. 30
Pancréatine.....		
Poudre de Colombo.....		0 — 25
Phosphate de soude.....		0 — 40

Pour un cachet : faire prendre un de ces cachets avant chaque repas. Si les résultats ne sont pas suffisants, recourez alors aux préparations de pepsine vivante, connues sous le nom de gastérine, de dyspeptine, de gastrozymase, utilisant le suc gastrique du chien ou celui du porc. Vous pouvez encore associer à leur emploi de petites doses d'acide chlorhydrique, par exemple, une cuillerée à café de la solution suivant, après chaque repas, dans un peu d'eau :

Acide chlorhydrique pur	2 grammes
Eau distillée	150 —

Dans certains cas, si l'acide chlorhydrique est mal toléré, conseillez l'usage de l'eau citronnée, c'est-à-dire l'emploi de l'eau pure dans laquelle on aura exprimé quelques gouttes de jus de citron.

Avec toutes ces précautions, le tuberculeux doit s'alimenter sans incident et augmenter régulièrement de poids. De temps à autre, vous ferez faire un examen complet d'urines pour connaître le bilan nutritif et voir s'il n'y a pas de déperditions trop grandes d'urée.

Tout en suralimentant le malade, vous devrez ménager ses dépenses, le laisser au repos sur une chaise-longue et même parfois lui conseiller le séjour au lit. J'ai vu, il y a quelques années, avec M. Roux de l'Institut Pasteur, une jeune fille à qui nous avons imposé ce mode de traitement pendant cinq mois avec un résultat satisfaisant, la température ayant baissé et le poids s'étant accru, sans l'emploi d'aucun médicament. Si le bilan nutritif se maintient dans des conditions suffisantes et si l'excrétion de l'urée n'est pas excessive, vous pourrez prescrire un exercice modéré qui pourra faciliter la digestion. Si le malade ne peut marcher, l'usage de massages légers et de frictions stimulantes pourra remplacer l'exercice et entretenir les fonctions de la peau.

Voilà, Messieurs, ce que je voulais vous dire aujourd'hui du traitement du tuberculeux au début. La question de l'alimentation n'est qu'une des parties de ce traitement. Dans les deux prochaines conférences, je vous parlerai de la médication et de la cure d'air.



CHORÉE ET ANÉMIE

Le No. de mai 13, du "Virginia Semi-Monthly" contient un article très bien fait du Dr Roshier W. Miller, de Barton Height, Va. au sujet du *Pepto-Mangan* de Gude. Cet article rapporte des cas de chorée (dus à l'anémie chez le malade) où cette précieuse préparation a amené la guérison complète et permanente.

La proportion des globules rouges du sang augmente d'une manière étonnante sous son emploi. La dose moyenne est de deux drachmes par jour, quelquefois en ajoutant 2 gouttes de Fowler trois s par jour, on active beaucoup son effet.

NOUVELLE



“ Les joyeux guérissent toujours, ” a dit Ambroise Paré. C'est probablement la maxime adoptée par les étudiants en médecine ; aussi avaient-ils convié leurs professeurs et les médecins de Québec à leur banquet annuel, le 26 janvier dernier. Succès sur toute la ligne, joyeux convives, menu délicat, jolis discours, rien n'y manquait.

A un diner d'Esculapes, il faut bien parler *santés*. Elles furent proposées avec tact et *sobrement*, par MM. Sormany, Vallée, A. Leclerc, P. Richard et Blagdon, tous étudiants en médecine. Monseigneur le Recteur répondit au nom de l'Université avec tout le cœur qu'on lui connaît, et cette familiarité qui fait le charme de ses discours dans ces réunions intimes.

La meilleure appréciation à faire du discours de M. le Docteur Turcot qui prit ensuite la parole au toast à “ Nos Professeurs, ” est de le publier ici. M. le Docteur Brochu dans une charmante et spirituelle improvisation dut éprouver une fois de plus toute l'estime qu'ont pour lui ses élèves, par la manière flatteuse avec laquelle il fut accueilli.

Monsieur le juge Langelier, les Docteurs Rousseau, L. N. Lemieux, Jobin et autres dirent ensuite quelques mots. Puis le tout se termina gaiement, professeurs et médecins heureux de venir une fois l'an se retremper au sein de cette joyeuse jeunesse ; étudiants et confrères, contents de pouvoir apprendre, à ces agapes, à mieux se connaître et à mieux s'apprécier.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MGR LE RECTEUR,

MESSIEURS,

Voici de nouveau un groupe nombreux de la grande famille de Laval réuni autour de cette table vraiment hospitalière.

Aujourd'hui encore c'est la Faculté de Médecine qui est conviée à ces agapes fraternelles.

Comme dans nos familles, chacun tient à honneur d'y assister. Voici d'abord notre chef, Mgr Mathieu, encore jeune et déjà illustre, à la fois populaire et respecté, comblé d'honneurs par l'Eglise et par l'auguste souverain qui porte si dignement la couronne d'Angleterre. Puis les aînés, vos professeurs, qui sont toujours touchés de vous entendre exprimer votre reconnaissance et vos souhaits. Enfin vous-mêmes MM. les Etudiants, les Benjamins, les préférés entre tous, qui êtes la portion la plus nombreuse de la famille et la plus intéressante aux yeux des anciens p. c. q., vous êtes à la fois la consolation et l'honneur du présent et l'espoir de l'avenir.

En répondant à la santé que vous venez de porter à vos professeurs, que puis-je vous dire qui n'a déjà été exprimé avec bien plus d'éloquence que je ne pourrais le faire? mais je n'ignore pas que les sentiers battus ont bien leur mérite et qu'en les suivant on risque moins de s'écarter du droit chemin.

Aussi reprenant cette idée que nous sommes ici en famille, je me crois autorisé à vous faire part des sentiments qui animent vos professeurs, de leurs préoccupations sympathiques à votre endroit, des réflexions que fait naître dans leur esprit la pensée de votre avenir.

Qui dit famille dit solidarité entre tous les membres qui la composent, souci de la réputation conquise par les devanciers, ambition de la conserver, de l'accroître, soin jaloux de la garder

pre de toute atteinte et de la défendre au besoin. C'est le strict devoir de vos chefs et de vos professeurs ; mais c'est aussi le vôtre, messieurs, et pour nous tous, c'est une tâche bien douce à accomplir.

Laissez-moi vous dire en passant que vos professeurs et vos chefs sont heureux de constater que votre conduite excellente, la dignité de votre tenue, votre application et votre assiduité au travail font vraiment honneur à l'Université. Si nous voulons garder intacte la position enviable que se sont faite les professeurs et les élèves de notre Faculté, il nous faut nous bien pénétrer de la dignité de la carrière médicale, de la noblesse de notre mission et surtout bien saisir la différence qui existe entre la Profession et le Métier. La médecine "a dit Trousseau" est le premier des arts et le dernier des métiers. Sans doute, le médecin a le *droit* et s'il est époux et père, je dirai même le *devoir* de réclamer une juste compensation de son travail et de ses soins. Ses longues et couteuses études, sa dure et laborieuse expérience, sont un capital qui, en justice, ne doit pas rester improductif. Mais remarquez bien messieurs, que dans toutes les langues, pour le médecin comme pour l'avocat et pour le prêtre cette retribution s'appelle *l'honoraire* c. a. d. non pas le prix, encore moins le salaire, mais la *récompense honorable* du service rendu. Sans doute il n'est pas défendu au médecin d'ambitionner une fortune légitime, mais comme le prêtre il doit se considérer comme le dépositaire et le dispensateur des dons que la Providence lui a confiés et dont il doit compte à ses semblables et surtout aux membres faibles et souffrants de l'humanité.

Voilà, messieurs, notre idéal. Si nous en sommes bien pénétrés, voyez-donc à quelle hauteur et à quelle noblesse, nous élevons notre profession. Pour y atteindre, il faut aller d'abord puiser à des sources pures et fécondes, éclairer son intelligence à des foyers lumineux. Tout en nous inclinant devant la supé-

riorité incontestable des centres universitaires de l'ancien monde, hâtons-nous de dire que, sous ce rapport, nous n'avons rien à envier aux peuples les plus favorisés.

Nous pouvons montrer à tous, avec orgueil, notre grande et glorieuse Université Laval, cet arsenal puissant où nous sommes venus chercher nos armes ; cette grande école qui nous a donné non seulement le savoir, mais aussi la discipline de l'esprit, les meilleures méthodes d'études pour accroître sans cesse le trésor de nos connaissances, car, ne l'oublions pas, messieurs, l'enseignement Universitaire c'est la préparation, l'entraînement intellectuel, le mouvement initial qui doit durer toute la vie.

Cette vérité est encore plus frappante de nos jours, à cause du progrès journalier, de l'évolution constante de la science médicale sous la pression intense des découvertes renversantes qui se font presque chaque jour dans le monde des études professionnelles.

Autrefois, le médecin était forcément isolé ; il travaillait seul. De nos jours, la merveilleuse rapidité des communications a supprimé l'isolement, effacé les distances et facilité la rencontre et le contact journalier des membres du corps médical. L'agrandissement du domaine de la science a fait naître la division du travail, engendré les spécialités, ouvert des horizons immenses et inconnus.

On a dit du siècle qui vient de finir qu'il a été par excellence l'âge de l'organisation du travail dans toutes les sphères de l'activité humaine. La médecine n'a pas échappé à ce mouvement de concentration. L'établissement d'hôpitaux modèles, la multiplication des bibliothèques scientifiques, la création du Bulletin et des autres revues médicales, ont centuplé nos moyens d'action. Puis les Associations sont venues à leur tour réunir et grouper en un faisceau ces éléments épars et faire un

trésor commun ouvert à tous et dans lequel viennent se deverser le savoir et l'expérience de chacun de nous.

Notre jeune pays n'est pas resté indifférent à ce progrès. Nous sommes fiers de dire que c'est de Québec, de Laval, et de la bouche d'un de nos collègues les plus distingués qu'est sorti le cri de ralliement qui nous a valu la fondation de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, et la tenue de deux congrès, qui ont répandu au loin la renommée de Laval et des médecins français du Canada.

Messieurs, je vous le dis, sans hésitation et avec assurance : tout médecin canadien français est tenu en honneur de se considérer comme un membre né de cette association.

Quelque soit le lieu que vous choisirez pour y faire votre carrière votre place est marquée dans les rangs de cette fraternité ouverte à tous les efforts, à tous les talents. Elle doit étendre des ramifications partout, attirer à elle dans les centres où elle prendra racine, tous les médecins du pays environnant, surtout ceux qui ont reçu leur éducation dans cette ère Université française en Amérique, à laquelle nous avons tous l'honneur d'appartenir et qui a mérité d'être désignée comme le plus solide rempart de notre nationalité.

Ces réunions périodiques, de même que ces banquets annuels auxquels vous nous conviez et qui nous font savourer les souvenirs parfumés de notre jeunesse d'Étudiant seront pour tous une véritable fontaine de jouvence où chacun pourra venir se rétrempir et sentir en lui se raviver l'amour de l'étude et profiter du savoir et de l'expérience de chacun. Ses Congrès seront, dans le champs de la science, comme autant d'étapes qui donneront la mesure du progrès accompli.

À votre tour, messieurs, vous veillerez, vous prendrez notre place. Vous graverez de plus en plus les sentiers ardues que courent les sommets les plus élevés de l'expérience et du savoir.

Et vous garderez, je l'espère, de ceux qui furent vos initiateurs et vos maîtres un souvenir agréable et reconnaissant. Que ce soit dans nos cités ou dans nos villes ou dans nos paisibles Campagnes, ou encore dans ces territoires nouveaux que le rude travail du colon ne se lasse pas d'ouvrir, vous poursuivrez noblement la carrière. Vous serez, si vous le voulez, commissaire d'écoles, ou professeur de la faculté, marguillier ou maire de votre paroisse, voire même député, à moins que vous préféreriez passer d'emblée aux invalides. *Je me trompe*, je veux dire au *Sénat*; si vous êtes modeste, vous vous contenterez d'un siège au Conseil Législatif. Il vous sera même permis de devenir millionnaire, à condition que vous soyez généreux pour l'humanité souffrante et que vous n'oubliez pas de faire des largesses à votre *Alma Mater*.

Avant tout et toujours vous serez médecin c. a. d. apôtre de bienfaisance pour les corps comme le prêtre l'est pour les âmes.

Pourquoi ne serait-ce pas notre rêve à tous que l'on puisse dire un jour, de chacun de nous : c'était un digne enfant de Laval, une des gloires de l'association des médecins français du Nouveau-Monde, un bienfaiteur de la Science et de l'humanité.



LE SANMETTO DANS LES MALADIES GENITO-URINAIRES ET DANS LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Je me suis servi du SANMETTO avec de brillants résultats dans presque tous les cas pour lesquels il est préconisé. Dans quelques cas de rhumatisme blennorrhagique il s'est montré actif, il me semble être un bon médicament adjuvant dans cette maladie.

St. Louis, Mo.

DR. T. D. HOGAN,

Diplômé en 1896.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

Par suite d'un malentendu les procès verbaux de la Société Médicale de Québec n'ont pas été publiés depuis quelques mois. Quelques-uns de nos confrères de l'extérieur ont peut-être cru que les membres de cette société avaient cessé de travailler; Nous sommes heureux de pouvoir les détromper en leur donnant dans ce numéro et dans les suivants, la preuve que le travail et l'étude sont toujours en honneur parmi nous.

On voudra bien se reporter, pour le procès verbal qui a précédé ceux-ci, au numéro de juillet 1904.

Séance du 25 Mai 1904.

Présents Messieurs les docteurs M. Ahern, S. Grondin, A. Jobin, R. Mayrand, J. Devaremmes, A. Marois, A. Simard, L. Gauthier, J. Paradis, J. Gilbert, M.-D. Brochu, P. Doblin et F.-X. Dorion.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté après quelques remarques de Monsieur le Dr Ahern.

M. le docteur Ahern: "Au sujet du cas rapporté par M. le docteur A. Simard à la dernière assemblée, l'hémorrhagie s'est renouvelée après quelques jours et nous avons été obligés de ligaturer l'iliaque et la circonflexe iliaque, après avoir coupé le ligament de Poupart. Le vaisseau présentait un peu d'artérite et était perméable jusqu'aux anciennes ligatures entre lesquelles se faisait l'hémorrhagie. Le malade va bien depuis."

M. le docteur A. Simard: "L'hémorrhagie se faisait de bas en haut, ce qui prouve l'endarterite ascendante. A la base

du triangle de Scarpa plusieurs ganglions ont été enlevés; ils étaient durs, grossis et présumés infectés.

“ Vu l'absence de M. le docteur Rousseau qui devait nous entretenir aujourd'hui de la lymphadénie, je demande la permission de dire quelques mots au sujet du traitement des arthrites tuberculeuses d'après la méthode de Callot de Boulogne sur mer.

“ Depuis quelques mois j'ai eu l'occasion de voir trois de ces cas :

Le premier a été traité par M. le docteur Lachance de Beauport. C'est celui d'une petite fillette de dix ans, souffrant d'un genou depuis une chute faite sur la glace seize mois auparavant. Elle avait marché tant bien que mal jusqu'à la fin de l'hiver dernier alors que la douleur et l'importance la forcèrent de se mettre sous les soins du médecin. La température était alors à 102° F. Le médecin traitant ouvrit un abcès qu'il lava au peroxyde d'H. et draina. En mai, les résultats étaient encore nuls; je conseillai les injections d'éther iodoformée précédées d'un lavage au peroxyde; le membre fut mis dans un appareil plâtré. Un mois et demi plus tard le genou était guéri avec une flexion réduite d'un quart. Actuellement la malade va à l'école.

Deuxième cas : C'est celui d'une fille de 14 ans, de souche tuberculeuse, avec le genou gauche malade depuis trois ans et ayant subi le traitement ordinaire. Un abcès interne avait été ouvert en janvier 1903. Lorsqu'elle est arrivée à l'hôpital, en septembre dernier, son apparence était mauvaise; il y avait un commencement d'anémie. Pendant huit jours nous lui fîmes des ponctions aspiratrices suivies d'injections de deux parties d'éther iodoformée pour une partie de naphitol camphré. Après lui avoir mis un appareil plâtré nous la renvoyâmes dans sa famille, à Gaspé, tout en lui demandant de revenir nous voir. Un

mois et demi après elle revint guérie ; il n'y avait pas de fistules ni de douleurs et l'ankylose était presque complète. Nous l'avons revue la semaine dernière, elle continue de se bien porter et a même pris beaucoup d'embonpoint.

Troisième cas : C'est celui d'une femme de quarante-deux ans, aussi de souche tuberculeuse, souffrant de la hanche depuis trois ans. La cuisse est fléchie sur le bassin et l'extension est impossible ; il y a des fistules au siège du mal, la température varie de 100° à 102° , les poumons sont malades.

La première intervention eut lieu le 7 septembre. Une tentative d'aspiration ayant échoué, nous ouvrimus l'article qui fut nettoyée à la curette, puis tube à drainage et injections d'éther et naphthol. quinze jours avant son départ de l'hôpital cette femme commençait à marcher. Le genou est resté dans le même état.

La conclusion à tirer de l'histoire de ces trois cas est éminemment favorable, quoiqu'il ne faille pas le donner comme base à une ligne de conduite invariable.

Chez les jeunes sujets la tuberculose articulaire guérit souvent sans autre traitement que la patience. Chaque méthode a à son actif, des résultats sérieux. Mikaulitz, de Breslau, prétend avoir eu 75 0/0 de guérison ; c'est la statistique qui fut donnée au Congrès de Madrid. Lorsqu'il y a des fistules la fréquence de l'injection secondaire fait laisser le pourcentage des guérisons à 65 0/0.

Callot rapporte 98 0/0 de guérisons avec ses injections d'éther associées à un long séjour à l'hôpital et au climat marin, le traitement aurait des résultats moins bons dans les villes. Verneuil avait déjà conseillé les injections d'éther iodoformée, mais Callot les a vulgarisées. Voici sa manière de procéder : Pour les articulations non abcédées, aspiration du liquide puis injection d'éther tous les deux, trois, cinq ou six jours. Appa-

reil plâtré. En général, après cinq ou six semaines de traitement, les mouvements peuvent se faire sans douleur ni contractures de défense.

Avec les tuberculoses ouvertes il est encore à propos de faire les injections car elles annihilent souvent la douleur et la température. Tout doit se faire avec l'aseptie la plus absolue.

Chez ceux qui n'ont que peu de réaction mais beaucoup de gonflement, il est préférable de se borner aux ponctions aspiratrices, car en ouvrant l'articulation on peut produire l'infection secondaire. Le danger de curettage est de généraliser la maladie en enlevant la membrane pyogénique protectrice, ce qui ouvre de nouvelles couches d'absorption pouvant engendrer la granulie, la méningite, la péritonite, l'entérite. etc.

Si le traitement de Callot échoue il est toujours temps de recourir au couteau. Les chirurgiens, qui ont pour principe d'opérer tous les cas, obtiennent 70 0/0 de guérisons. Mais chez les enfants surtout, l'opération causent des raccourcissements des pseudarthroses, des contractures musculaires. Avec la méthode de Callot ces inconvénients sont moins fréquents, et si la tuberculose est bénigne et prise au début, on peut promettre la guérison après un ou trois ans. Dans les cas graves on ne peut espérer rien de mieux que l'ankylose qui est la guérison naturelle de cette maladie. Néanmoins il faut apporter tous ses soins à provoquer cette immobilité dans une bonne position : angle droit pour le coude, cuisse en abduction et un peu fléchie, légère flexion pour le genou, pied à angle droit.

Chez les adultes la guérison est rendue plus difficile par les infections secondaires, la suppuration, le dépérissement et les poussées tuberculeuses ailleurs. Il est toujours bon d'essayer le traitement conservateur, mais si, après quelques mois, il n'y a pas d'amélioration, il faut opérer. Quant aux méthodes à suivre, les voici en résumé : Quand il n'y a pas de fistules, résection ;

s'il y a suppuration ouverte, amputation pour donner la vie. Les jeunes chirurgiens de Paris opèrent souvent dans le seul but de permettre aux gens d'être malades moins longtemps et de reprendre le travail plus tôt. Par cette méthode ils prétendent aussi sauvegarder les poumons faibles.

M. le docteur Ahern : " Il y a quelques années Lannelongue a essayé la méthode sclérogène afin d'enfermer le bacille dans un coque qu'il ne pourrait franchir ; il se servait de chlorure de zinc qu'il injectait en dehors du foyer. L'auteur de la méthode prétend avoir eu d'assez bons résultats, mais ses imitateurs n'ont pas été aussi heureux. Pour ma part je n'ai eu que des insuccès. De plus ces injections avaient l'inconvénient d'être si douloureuses qu'elles nécessitaient l'emploi du chloroforme.

Il y a trois ans j'ai eu l'occasion d'employer la méthode de Callot dans le cas suivant : Un militaire ayant requis mes services pour une coxalgie, je le traitai par l'exclusion et le repos. Il guérit, quelques mois plus tard, après un mouvement forcé, ses douleurs revinrent, suivies, après trois mois, d'une nouvelle coxalgie. Un abcès se forma à la partie antéro-supérieure de la cuisse ; je fis deux injections d'éther iodoformé, l'abcès disparut et la guérison se maintient depuis deux ans.

Il y a des cas où, l'abcès étant sur le point de s'ouvrir, la peau est déjà atteinte profondément, Callot conseille alors de faire des injections fréquentes au pourtour du mal et l'état de la peau s'améliore rapidement.

Cette méthode de Callot a certainement du bon, mais son auteur n'a de succès qu'avec les malades qu'il voit au début et qu'il peut traiter comme il le désire ; dans ces cas favorables il ne cherche même pas à obtenir l'ankylose. Mais nous ne pouvons aspirer à d'aussi bons résultats ici car les conditions ne sont pas les mêmes.

J'ai aussi employé les injections iodiformées dans le traitement des ganglions suppurés et je n'ai eu qu'à me louer de la méthode. Chez une jeune fille à qui j'ai fait une douzaine d'injections, la guérison persiste depuis 12 à 14 mois sans les cicatrices difformes qui suivent, d'ordinaire, ces affections. Dans ces cas il y a souvent des grumeaux qui gênent l'aspiration ; alors l'injection préalable d'une solution de chlorure de zinc au cinquième liquifie ces grumeaux et rend l'aspiration facile.

M. le docteur Marois : " Je suis étonné d'entendre M. le docteur Ahern parler de conditions défavorables à Québec, car dans les trois cas rapportés par M. le docteur A. Simard les résultats ont été étonnants ; si étonnants même que je suis porté à me demander s'il y avait vraiment là de la tuberculose. Ces résultats seraient plus brillants qu'à Berck où les guérisons sont nombreuses mais pas aussi rapides.

M. le docteur A. Simard : " Je ferai remarquer à M. le docteur Marois qu'une seule des trois malades dont je viens de parler est restée à l'Hôtel-Dieu. Des deux autres, la première demeurait à Beauport, a été traitée chez elle, et la seconde, résidant à Cap Chatte, n'est venue à l'hôpital que pendant une semaine, le temps qu'a duré l'administration des injections. Toutes deux, de condition sociale assez élevée, ont trouvé dans leurs familles d'excellentes conditions d'hygiène et de confort. Quant à la malade traitée à l'Hôtel-Dieu, le pus retiré de son articulation était de nature manifestement tuberculeuse ; nous n'y avons pas trouvé de microbes parce que ces derniers se rencontrent surtout dans la coque ; mais à l'examen de ses poumons les médecins ont constaté une tuberculose au deuxième degré.

M. le docteur Ahern : " Mon coxalgique n'est pas venu à l'hôpital et la jeune fille aux ganglions n'y venait que pour ses injections. Dans plusieurs autres cas j'ai échoué, peut-être par

mauvaise application de la méthode, mais dans tous les cas traités, j'étais convaincu d'avoir affaire à de la tuberculose.

M. le docteur A. Simard : " Le traitement de Callot dure, en moyenne, cinq semaines ; dans les cas que j'ai rapportés, le nombre des injections a été de vingt-cinq ou trente, durant une période de trois à huit semaines. La jeune fille de Beauport, traitée au début par des injections antiseptiques, avait une température de 102° ; cette fièvre est disparue rapidement avec le nouveau traitement. Depuis longtemps mademoiselle B. voyait différents médecins sans résultats apparents, l'amélioration a été rapide avec l'éther iodoformé.

M. le docteur Ahern : " Ces cas sont des exceptions parce que, d'ordinaire, le traitement ne peut être appliqué comme il faudrait. Mais il ne faut pas oublier aussi que l'amputation produit souvent de bons effets. Je me rappelle un forgeron souffrant d'une tumeur blanche au pied, on lui avait fait en vain des curettages et des injections de Pull ; les poumons étaient pris et le docteur Charles Verge n'accordait plus à ce malade que quelques jours de vie lorsqu'il se décida à l'amputation. Huit jours plus tard la portrière était libre et l'amélioration générale étonnante. Le docteur C. E. Lemieux a amputé une femme qui a guérie aussi rapidement.

M. le docteur A. Simard : " Avec les injections je n'ai eu de bons résultats que depuis quelques mois. J'étais sceptique auparavant ; néanmoins, je suis porté à modifier mon opinion. Cela ne veut pas dire que je renonce à la chirurgie, j'opérerai encore s'il y a lieu, comme je l'ai fait dernièrement pour un nommé Bélanger qui avait subi le traitement de Callot sans résultats ; il est vrai qu'il était malade depuis trente quatre ans. Je l'ai opéré pour sauver sa vie et M. le docteur Ahern lui a

ensuite enlevé la jambe que je lui avais laissée; il a parfaitement guéri et se porte fort bien depuis.

M. le docteur Ahern : " J'avais vu ce Bélanger au début; je vidai alors son hydarthose et fis des lavages à l'acide phénique. Plus tard j'ai fait une injection à l'éther et M. le docteur Simard en a fait quelques autres.

La séance est levée à dix heures.

Le Secrétaire

F. X. DORION

M. D.



CHRONIQUES VESICALES ET PROSTATIQUES

Pendant des années j'ai rédigé de fort nombreuses ordonnances de SANMETTO, je le considère comme un agent thérapeutique de grande valeur. Dans les cas d'hypertrophie prostatiques des vieillards, de goutte militaire et dans toutes les irritations chroniques de la vessie et de la glande prostatique il fait preuve d'une action spécifique. Plus je manie le SANMETTO plus j'en ai confiance et par conséquent plus j'en ordonne.

Evansville, Ind.

DR. G. W. VARNER,

en 1886. iD

NOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU
DE QUEBEC

Mois de janvier 1905.

Tête

Cou.—Ganglions tuberculeux—Ablation 3
Absès tuberculeux—Ponction et injection 1
Tuberculose cutanée—Thermo 1
Face.—Lèvre inférieure. Epithélioma récidivant 1

Front

Sein.—Fibrôme du sein—Ablation 1
Ablation pour cancer 2
Poitrine.—Pleurésie purulente—Costotomie 1

Abdomen

Laparatomie pour—Hystérectomie 1
“ “ —Racc.-interne des lig. ronds (Rét. Ver) 1
“ “ —Fibrôme utérin—Hystérectomie 1
“ “ —Cancer du col utérin—Hystérectomie 2
“ “ —Grossesse extra-utérine 1
“ “ —Appendicite à froid 4
“ “ — “ aiguë dans les 24 heures 1
“ “ — “ avec absès sous le foie
communiquant dans la pièvre. 1

Région inguinale

Ulcère tuberculeux main droite—Thermo 1

- Abcès ganglionnaire—Incision 2
 Hernies inguinales—Ciure chirurgicale 9
 “ “ Etranglée 1

Région lombaire

- Pyo—néphrose—Incision lombaire—Drainage 1
 Rein cancéreux—Ablation du rein 1

Organes génitaux urinaires—Femmes

- Utérus.—Curettage pour urétrite 8
 Suture du col (Emmett) 2
 Périnée.—Périnéorrhaphie 3

Organes génitaux urinaires—Hommes

- Fistule urinaire dans la périnée (tuberculose)—Sonde à demeure 1
 Fistule urinaire de l'urètre.—Urétroplastie 1
 Rétrécissement traumatique—Catétérisisme rétrograde 1
 Épithélioma de la Verge—Amputation 1
 Hydrocèle—Ablation du testicule malade 1

Voies digestives

- Hémorroïdes—Dilatation—Thermo 2
 Fistule anale—Dilatation 1

Membres supérieurs

- Aisselle.—Lipôme—Ablation 1
 Poignet.—Luxation Radio-Carpienne—Réduction 1
 Main.—Corps étranger 2
 Syndactylie cicatricielle 1
 Exostose index—Excision 1
 Morsure du cinquième doigt—Amput. 1
 Gangrène du pouce—Amput. 1
 “ “ médius— “ 1

Phlegmon de la main 2

Panari superficiel 1

Tuberculose verruqueuse des mains et des avants-bras.—

Curettage—Thermo. 1

Membres inférieurs

Cuisse.—Fracture—Réduction—Appareil à traction continue 1

Genou.—Entorse.—Pointes de feu, compression, immobil. 1

Arthérite tuberculeuse—Ponction et injection. 4

Pied.—Corps étranger—Extraction 1

Gangrène—Amputation cleofart.

Arthérite tibio-tarsienne. 1

Ongle incarné. 1

DR J. A. EDGAR COUILLARD,

Intence H. D.



LA LACTO-GLOBULINE COMME ALIMENT.

Dans toutes les maladies aiguës et les états de déchéance, le besoin le plus urgent de l'économie, est une nourriture facile à digérer, facile à préparer et qui fournit aux systèmes musculaire et nerveux un apport abondant de substance alimentaire. La Lacto-Globuline remplit ces indications d'une manière très satisfaisante.

Au cours des fièvres continues, un des plus grand danger, est l'usure des muscles, et la perte du pouvoir contractile du cœur. Il a été démontré par l'expérimentation la plus précise, que les pertes subites par les tissus musculaires ne peuvent être empêchées que par l'usage approprié de protéides La Lacto-Globuline est un aliment pratique, facile à préparer, facilement digéré et très nutritif.

Sous son influence, un malade passera au travers d'une fièvre typhoïde ou d'une pneumonie en subissant une déperdition de son système musculaire beaucoup moins considérable que s'il s'était nourri de lait et de farinacés comme cela est l'habitude. Nous avons personnellement vu la Lacto-Globuline faire cela dans deux cas de fièvre typhoïde de mauvaise nature.

Dans ces cas, l'observation avait démontré, que le lait n'était pas bien digéré même lorsqu'il était peptonisé. La Lacto-Globuline, avec abondance d'eau et un peu de crème fut la seule diète employée dans ces cas.

Les seules médecines que le malade rectes furent la strychnine comme tonique cardiaque et une dose occasionnelle de sulfate de magnésie pour agir sur les intestins.

Feu le Dr. Milner Forthergill avait déjà attiré l'attention sur ce fait que dans la fièvre typhoïde, un malade peut être affamé jusqu'à la mort au milieu de l'abondance, parce que le lait, les thés de boeuf, les gruaux ne sont pas digérés. Le malade n'est pas nourri du tout bien que on lui présente sa nourriture régulièrement. Le Dr. Alex. Haig, a démontré que l'émaciation dans les états fébriles était due à la fonte des muscles et que cette fonte peut être empêchée par un apport approprié de produits albumineux.

Dans la Lacto-Globuline, les éléments albumineux du lait sont obtenus par un procédé qui les rend particulièrement nutritifs et assimilables. Les ferments ne sont pas détruits et assistent la digestion. Dans le lait bouilli ces enzymes sont détruits et les matières protéiques sont moins nutritives. Ces enzymes vivantes sont au contraire présentes dans la Lacto-Globuline. Il nous semble donc que voilà un aliment d'une grande valeur qui devrait être employé dans toutes les maladies accompagnées de fonte des tissus là où les protéides faciles à digérer et très nutritifs seraient d'un si grand secours à l'économie.

Traduction.—Article éditorial du "The Canada Lancet"
Toronto, Oct. 1904.

Intérêts Professionnels

DE LA FONDATION DE BIBLIOTHÈQUES
DE REVUES ET DE JOURNAUX DE MÉDECINE, DANS
LES SOCIÉTÉS MÉDICALES DE DISTRICTS,
ET LE
BUREAU DE MÉDECINE DE LA PROVINCE

Le mouvement d'organisation professionnelle dont nos deux principales villes de Québec et de Montréal ont été le point de départ, il y a quelques années, s'est vite propagé en dehors de ces deux centres d'éducation, seuls dotés des institutions de l'enseignement universitaire et hospitalier, et a fait surgir de nombreuses sociétés d'études, dans les districts les plus importants de notre province.

Comme corollaire, une association générale fut fondée sous le titre de "L'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord", qui était destinée à établir un centre de fédération pour toutes ces sociétés médicales et devait servir à grouper les médecins franco-américains sur un terrain d'intérêt commun pour la tenue de congrès périodiques dans les différents centres de population française du Canada et des États-Unis.

Ces diverses associations professionnelles se trouvent tout naturellement rapprochées par une même communauté d'idées et par le but identique qu'elles poursuivent : celui de stimuler le goût des études et du progrès scientifique, tout en

développant l'esprit de la bonne confraternité et de la solidarité parmi tous les praticiens d'origine canadienne-française.

Dans les districts ruraux, les sociétés médicales ont aussi cet avantage particulier d'offrir aux praticiens disséminés sur de vastes étendues de territoire et vivant toujours plus ou moins isolés les uns des autres un lieu de ralliement où ils peuvent se réunir pour discuter toutes les questions qui se rattachent à la science ou à l'intérêt général et supérieur de notre profession, et se grouper dans une action commune pour promouvoir à leurs intérêts particuliers. Et ce dernier point surtout, pourrions-nous dire avec vérité, qui excite le plus d'intérêt dans le decret des sociétés celui qui dans leurs conditions actuelles, prime quelquefois même, l'intérêt scientifique on parcequ'il est le plus accessible à tous et permet au médecin d'en retirer les avantages les plus immédiats.

Si l'on met en comparaison les conditions offertes aux médecins des villes et des campagnes, au point de vue de la culture d'esprit et de la mise au courant des progrès de la science, on se convaincra facilement qu'il existe entre ces deux classes de praticiens une différence qui est toute au désavantage des médecins de districts.

Dans les villes, surtout celles qui jouissent de l'avantage de posséder les institutions du haut enseignement universitaire et hospitalier, les praticiens ont à leurs dispositions toutes les facilités pour les recherches scientifiques comme pour le contrôle des faits d'observation d'où ils tentent faire ressortir quelques enseignements, ils sont en rapport journalier avec leurs confrères voués à l'enseignement, un libre accès dans les riches bibliothèques des universités leur est ouvert à tous, et il leur est facile de recourir à volonté aux expertises de laboratoires ne l'on rencontre dans ces milieux.

Il n'en est pas de même pour les médecins des districts ruraux.

Ici, ce ne sont pas les talents ni les aptitudes qui font défaut, non plus que les faits d'observation intéressants et nombreux qu'offre aux praticiens éclairés une clientèle variée et étendue.

Ce qui manque le plus généralement à ces derniers, ce qui gêne leur initiative et paralyse leur bonne volonté, c'est le défaut de littérature médicale courante et de bibliothèques. Et l'on ne saurait, certes, s'empêcher de reconnaître que c'est là, la plus grande pierre d'achoppement pour l'œuvre scientifique des sociétés médicales de districts et pour l'avancement du médecin des campagnes.

Pour suivre, avec le plus sùr profit, de nos jours, le courant si rapide du développement des sciences médicales, quelques traités classiques sur les principales branches de la médecine ne suffisent pas.

Si l'on veut mettre au point de la science un travail d'observation clinique, on ne peut se fier aux seuls traités classiques, que tous les praticiens ne sont pas à même, d'ailleurs, de renouveler à chaque nouvelle édition; et, le travailleur, qui n'aurait d'autre ressource courrait le risque de n'arriver qu'après le temps, et ne suivraient que de loin les découvertes les plus récentes dans le mouvement scientifique. Ce qu'il lui faut consulter, au jour le jour, ce sont les Revues périodiques, les Bulletins des Sociétés scientifiques, les journaux de médecine puisant aux sources les plus autorisées. Et pour que ces conditions favorables au travail d'observation scientifique puissent être mis à la portée de tous, il ne faut pas compter uniquement sur l'initiative individuelle. C'est ici qu'apparaît la nécessité de fonder, dans les diverses sociétés médicales, des bibliothèques adaptées aux besoins des

travailleurs intellectuels, qui puissent permettre facilement à la masse de suivre tous les progrès de la science.

Encore, faut-il, au point de vue qui nous occupe, que l'entretien et le développement de ces bibliothèques ne soient pas incompatibles avec les modiques ressources que ces sociétés peuvent espérer avoir.

Il ne saurait être question, ici évidemment, de la fondation de bibliothèques générales ; une simple bibliothèque composée des principales revues périodiques et des journaux de médecine les mieux accrédités peut suffire pour combler la lacune fondamentale que nous avons indiquée, et qui empêche trop souvent les praticiens zélés d'entreprendre l'étude de sujets d'actualité en rapport avec les observations cliniques recueillies dans le champ de la clientèle courante.

L'œuvre de nos sociétés de districts n'aura sa pleine expansion que lorsque l'on aura pu lui ajouter ce complément dont l'élite des travailleurs intellectuels, qui entrevoient dans l'avenir de ces sociétés, un autre rôle que celui d'équilibrer les tarifs d'honoraires et de se prémunir contre l'exercice rabaisant de la médecine par la lutte contre le charlatanisme, etc.

Ce sujet n'a pas échappé à l'attention de ceux qui se sont faits les promoteurs les plus zélés et les plus actifs de nos organisations professionnelles et qui ont eu le plus à cœur d'accroître ainsi le prestige et l'influence sociale de notre profession.

Déjà, le Bureau de Médecine a été appelé à se prononcer sur l'opportunité de venir en aide aux sociétés médicales de districts en consacrant le surplus de ses revenus annuels pour leur fournir les conditions les plus propices à leur avancement et les plus propres à raviver le goût des études et des travaux scientifiques. Une motion soumise à cet effet rencontra facilement l'assentiment de tous les gouverneurs. En effet cette collaboration à

L'œuvre des sociétés médicales de la part du Bureau de Médecine se rattacherait intimement au but fondamental qu'il poursuit : celui de rechercher les moyens les plus propres à maintenir l'éducation professionnelle à son plus haut niveau.

Un comité composé de MM. les Drs. Beaudry, Brochu, Paquin, Pagé, Sirois, fut nommé pour étudier les conditions suivant lesquelles certains octrois en argent pourraient être accordés aux sociétés médicales de districts afin d'encourager le zèle de leurs membres ; et de favoriser les travaux scientifiques.

A la séance suivante, un premier rapport verbal fut présenté par le Dr D. Brochu, président du Comité : qui soumettait aux gouverneurs les suggestions suivantes :

"Pour encourager l'œuvre la plus essentielle des sociétés médicales de districts et leur permettre de tirer le meilleur profit de l'aide pécuniaire que le Bureau de Médecine déciderait de leur consacrer, chaque année, ce comité émet l'opinion que les subventions accordées devraient être surtout appliquées pour la fondation de " bibliothèques de Revues périodiques et de journaux de médecine dont la lacune se fait particulièrement sentir pour les médecins des campagnes. C'est en effet, par le moyen de ces revues et de ces journaux de médecine judicieusement choisis que les praticiens peuvent suivre le plus facilement tous les progrès de la science et mettre au point de l'actualité leurs travaux d'observation clinique. "

Dè telles bibliothèques ne seront pas d'ailleurs encombrantes et leurs dépenses d'installation et d'entretien seraient les plus minimes.

Le Comité croyait devoir suggérer, de plus que tels octrois ne fussent accordés qu'aux sociétés qui tiendraient des séances régulières, avec un minimum d'assistance et un nombre de membres que le Bureau déterminerait, selon les circonstances et les conditions du milieu.

L'assemblée qui s'était montré unanime à sanctionner le principe d'un encouragement aux sociétés médicales de districts, approuva également le moyen recommandé. Mais il fut décidé, par une entente, que la résolution qui établissait ce projet ne prendrait force que lorsque les surplus en caisse du Bureau dépasseraient la somme de \$2500 piastres.

Ces surplus sont encore à attendre, comme le témoignent les derniers rapports de M. le Trésorier, qui indiquent que l'on vient à peine de combler le vide et les endettements causés à la caisse par les procès ruineux dans lesquels le Bureau avait été malencontreusement engagé. C'est là, la raison qui explique le retard apporté à la réalisation du projet d'un encouragement à donner aux sociétés médicales de districts et qui paralyse en core aujourd'hui l'action du Comité nommé, chargé d'étudier la question.

M. le Président E. P. Laclapelle, mentionnant à l'assemblée de septembre dernier, le peu de progrès réalisé jusqu'ici par le Comité *ré* "les Sociétés médicales" semble vouloir mettre en doute l'opportunité, pour le Bureau de Médecine, de venir en aide aux sociétés médicales, et il émit, à l'encontre, l'idée qu'il serait peut-être plus désirable d'employer les revenus de ce Bureau à fonder une caisse de secours pour les invalides de la profession. Ces remarques laissaient entrevoir, d'une manière non équivoque, que les recettes du Bureau seraient ainsi plus utilement employées qu'en accordant des subventions aux sociétés médicales pour la fondation de bibliothèques. On ne fut pas peu surpris également, au cours de la discussion qui s'en suivit, d'entendre le Président que les membres de ces sociétés n'étaient pas sans trouver à la vérité une compensation suffisante dans l'avantage qui leur était donné de se réunir pour discuter sur leurs intérêts particuliers, et qui leur permettait bien souvent d'établir l'entente pour relever leur tarif d'honoraires et se protéger contre la concurrence déloyale et ruineuse des charlatans,

M. le Dr E. P. Lachapelle, que les nouveaux gouverneurs du Bureau venaient de réélire président pour la troisième fois, voulait sans doute marquer sa réinstallation au fauteuil par des idées novatrices et par une orientation nouvelle dans la direction de ce corps important auquel incombe la charge de surveiller les plus hauts intérêts de la profession.

Mais le Dr D. Brochu, qui s'est toujours montré l'un des plus ardents promoteurs de la fondation des sociétés médicales et l'un des partisans les plus convaincus de leur utilité, ne crut pas devoir passer ces remarques de M. le Président sans réclamer énergiquement en faveur du projet primitivement accepté par le Bureau, d'accorder une aide substantielle à ces sociétés pour l'encouragement aux études et aux travaux scientifiques.

Apôtre zélé et convaincu, il s'efforça de démontrer, une fois de plus, que le rôle des sociétés médicales est directement corollaire du but que poursuit le Bureau de médecine. De telles associations établissent en effet une des conditions les plus fondamentales pour maintenir l'éducation à son plus haut niveau, parmi les praticiens : elles deviennent ainsi un complément à la mission du Bureau qui est de travailler à relever le niveau de la profession en établissant les programmes d'études les plus classiques, et en n'accordant la licence pour la pratique de notre art qu'à ceux qui jouissent d'une haute formation intellectuelle.

Sans vouloir nier l'importance des caisses de secours aux invalides de la profession, le docteur Brochu ajoutait qu'il ne croyait pas juste ni opportun que ce projet nouveau fut mis, d'emblée, en opposition à celui des subventions pour la fondation de bibliothèques dans les sociétés médicales.

A part que ce projet de l'encouragement aux sociétés de districts, eut déjà été accepté par le Bureau, à l'unanimité, dans

les séances antérieures, plusieurs autres raisons militaient en faveur de sa priorité.

Tout d'abord, il ne sera pas exagéré de dire que le projet de la fondation d'une caisse de secours aux invalides de la profession devra dépasser évidemment les ressources actuelles du revenu du Bureau. Il entraînera donc comme conséquence une augmentation de la contribution annuelle des médecins. En outre la direction d'une pareille caisse nécessitera un nouveau rouage, dans l'administration du Bureau, qui sera plus ou moins compatible avec son bon fonctionnement et portera peut-être préjudice l'objet principal de sa mission qui regarde avant tout les questions de l'éducation.

C'est d'ailleurs un sujet dont l'étude méritera d'être plus mûrie, et il serait assez difficile de dire d'avance jusqu'à quel point la masse de médecins, qui se trouvent déjà pour la plupart engagés dans des sociétés de secours mutuels, se sentira portée à encourager cette nouvelle caisse.

Ce sera une question à décider si une telle organisation ne devra pas être complètement séparée de l'administration du Bureau de Médecine afin de ne pas donner le risque de compromettre l'œuvre fondamentale à laquelle il doit réserver sa plus grande sollicitude.

Il n'en est pas de même du projet des subventions pour la fondation de bibliothèques dans les sociétés de districts. Ce projet ne portera qu'à une dépense de quelques cents piastres; il est donc le plus facilement réalisable, et tout-à-fait compatible avec le fonctionnement actuel du Bureau et les ressources que lui procure la contribution annuelle de ses membres.

MM. les Drs Lessard et Laurendeau, nouveaux gouverneurs élus, firent également chacun un plaidoyer éloquent en faveur de l'œuvre des sociétés médicales et du projet de leur venir en

aide d'une manière substantielle, comme encouragement pour les études et la facilité pour les travaux scientifiques.

Finalement, une résolution fut soumise à l'assemblée nommant un comité chargé d'étudier concurremment les deux projets et de faire rapport à la prochaine assemblée.

Telle est la phase nouvelle dans laquelle a été mise cette question de l'encouragement à la fondation de bibliothèques dans les sociétés médicales de districts, grâce à l'attitude plus ou moins équivoque de Mr le Président Lachapelle qui a cru plus intéressant d'associer le Bureau de Médecine à l'œuvre des sociétés de secours mutuels, auxquelles il a été mêlé durant toute sa carrière professionnelle.

Aux sociétés médicales maintenant, si elles y entrevoient un intérêt d'avenir, de décider si elles doivent se désister de l'avantage qui leur avait été offert, ou faire valoir leurs réclamations auprès des représentants de leurs districts dans le Bureau de Médecine.

Les membres du Bureau dans l'esprit desquels les remarques de notre digne président auraient pu jeter des doutes, trouveront un argument péremptoire pour rétablir leur conviction en faveur de l'encouragement à la fondation de bibliothèques dans les sociétés médicales en se rappelant l'initiative du Comité de la Bibliothèque de l'Université McGill, qui a cru faire oeuvre utile et digne d'éloge en offrant gracieusement à tous les médecins canadiens-français de la Métropole l'accès libre de sa riche bibliothèque et en leur annonçant comme avantage particulier qu'il mettrait, de plus, à leur disposition une quinzaine de revues et de journaux de médecine de langue française.

Si, dans une ville où les praticiens rencontrent tous les avantages pour leur instruction, on trouve favorable malgré tout, de convier tout un public médical pour lui permettre de tirer profit d'une quinzaine de journaux de médecine de notre

langue que l'on a cru important d'ajouter comme complément à une grande bibliothèque, combien à plus forte raison ne devrait-on pas trouver opportun et digne de toute notre appréciation le projet d'offrir des avantages identiques aux praticiens isolés des districts, qui n'ont pas les mêmes ressources que les médecins des villes pour se procurer à temps tous les éléments d'une littérature médicale d'actualité et qui se trouvent en outre tout à fait privés des avantages de bibliothèques générales dont les institutions des grandes villes font bénéficier leur public.

Nous osons espérer que M. le Dr E. P. Lachapelle, qui nous a toujours paru avoir plus qu'une admiration platonique pour tout ce qui ressort de la grande Université anglaise de Montréal, saura tirer profit de l'exemple généreux du Comité de la Bibliothèque de McGill et modifiera l'attitude hostile qu'il a prise à la dernière réunion du Bureau, contre le projet d'accorder à nos sociétés médicales de districts l'aide substantielle dont elles auront besoin pour se procurer chacune, dans une mesure plus restreinte il est vrai, les mêmes avantages offerts si gracieusement par leurs concitoyens anglais aux praticiens canadiens-français, déjà si favorisés de notre grande Métropole.

Ce qui mérite justement d'être trouvé digne d'éloges, venant de la part de nos confrères anglais ne saurait être moins apprécié par le seul fait qu'il nous viendrait des nôtres, quelle que soit la distance qui nous sépare.

Et bien que nous soyons prêts à admettre que M. le Dr Lachapelle devait plus que de la reconnaissance à ses collègues du McGill et aux représentants de langue anglaise dans le Bureau de Médecine, pour le concours *héroïque* qu'ils lui ont fourni, en votant, sans merci, contre leur vénéré doyen, Mr le Dr Craig, afin d'assurer sa troisième élection comme président, nous ne trouvons pas juste qu'il fallût, d'emblée, leur sacrifier en retour les intérêts de nos sociétés médicales de districts, la

phpart exclusivement françaises, il est vrai en cherchant à les priver d'un encouragement qui leur permettrait de se maintenir à un niveau convenable vis-à-vis des sociétés anglaises et françaises de la Métropole, auxquelles le Comité de la Bibliothèque de l'Université McGill offre de si précieux avantages.



"L'UNION MÉDICALE" DE FALL RIVER, MASS.

Nous saluons avec un plaisir tout particulier la naissance d'une nouvelle société médicale parmi nos sympathiques et zélés compatriotes de la Grande République voisine. C'est dans l'importante ville manufacturière de Fall-River, où l'élément représentant l'émigration canadienne-française occupe plus du tiers de la population, que de patriotiques confrères, qui font déjà nombre dans ce milieu, ont eu l'heureuse idée de se grouper dans une association professionnelle.

Nous sommes heureux de constater que l'idée qui a présidé à cette généreuse initiative, a été non seulement d'unir les médecins canadiens de cette ville progressive dans un but d'intérêt scientifique mais de les rattacher, à la suite, à l'œuvre de notre Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord qui, en même temps que son but scientifique réalise un moyen de concentration nationale.

Nous en félicitons bien sincèrement les promoteurs et le *Bulletin* se fait un agréable devoir d'offrir à la nouvelle Association, à travers la frontière qui nous sépare, les souhaits de la plus amicale bienvenue et du plus cordial encouragement.

Nos lecteurs ne pourront manquer de s'intéresser au compte rendu de la séance durant laquelle furent jetées les bases de "l'Union Médicale, de Fall River".

"Jendi le 27 janvier dernier, invités par les docteurs Lanoie, Barré et Huard, vingt membres de la profession médicale de Fall-River se rendaient à Salle "Métropolitaine" pour discuter le projet de fonder une association parmi les médecins de langue française.

Avaient répondu à l'appel : Messieurs les Drs. Collet, Beaudet, Kelly, Demers, Marcoux, Landry, Lebœuf, Barré, Garneau, Mercier, Crispo, St-George, Caron, Huard, Fecteau, Maynard, Archambault, Bergevin F. de Borgia, Chagnon et Lanoie.

"Messieurs les Drs. Trudeau, Blanchette, Duchaine, Normand, Lafleur, Duclos et Bergeron S. E. ayant des engagements antérieurs n'avaient pu assister à cette première réunion. Mais tous leurs confrères peuvent se flatter de l'assurance qu'ils seront avec eux à la prochaine assemblée."

M. le Dr. Lanoie ouvrit l'assemblée à 9 hrs. p. m. Après avoir démontré l'importance des sociétés médicales, au point de vue scientifique et de l'avancement professionnel, il ajoutait qu'il était du devoir des médecins canadiens-français ou franco-américains de s'organiser non seulement dans un but d'études mais pour pouvoir s'aider mutuellement, et ainsi pour leurs confrères qui, ayant dit adieu à leur patrie natale, viennent prendre une place à côté d'eux, sur ce sol hospitalier de la jeune Amérique. "Ces confrères canadiens ne devraient pas être regardés comme des étrangers, à leur arrivée dans ce pays nouveau pour eux, et le meilleur moyen de leur être utile et de les introduire dans la famille médicale franco-canadienne serait certainement une association professionnelle."

"Le temps semble venir où les médecins canadiens-français de Fall-River, peuvent se compter assez nombreux pour tenter de fonder une Association Médicale qui s'agrandira bientôt par l'adhésion d'un bon nombre de médecins français des centres voisins et par les jeunes recrues qui nous viennent chaque année, pour ainsi dire, de notre ancienne mère-patrie."

"Ainsi groupés, les médecins canadiens-français pourront s'affirmer comme corps et prendront plus facilement leur place à côté des autres nationalités, dans l'arène du progrès intellectuel."

"Pour terminer, le Dr Lanoie fit part à l'assemblée de quel-

ques extraits d'une lettre pleine de sympathies et d'encouragement qu'il venait de recevoir de M. le Dr Brochu, professeur à l'Université de Québec, fondateur et 1er président de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Il était heureux de rappeler la connaissance intime qu'il avait faite au 2ème Congrès de l'Association, à Montréal, de cet apôtre dévoué des organisations professionnelles dans la province de Québec. C'est lui qui lui avait alors suggéré l'idée de chercher à rallier le groupe important des médecins canadiens-français de Fall-River et des centres avoisinants en fondant une société médicale dont tous ne tarderaient pas à reconnaître les avantages tant au point de vue de leur avancement professionnel que de leur influence sociale.

Dans cette dernière lettre le Dr Brochu exprimait au Dr Lanoie sa plus haute appréciation pour les louables efforts dont il faisait preuve afin de promouvoir l'idée de l'association professionnelle parmi les médecins canadiens de la Nouvelle Angleterre. Il avait le ferme espoir que sa généreuse initiative serait couronnée de succès à Fall River et qu'une fois les premières hésitations dissipées par sa persévérante énergie il ne tarderait pas à recevoir les plus ferventes adhésions de la part de tous ses confrères. "

Le Dr Brochu rappelait qu'en fondant l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, les médecins de la province de Québec avaient compté nécessairement sur le ralliement de leurs confrères de la Nouvelle Angleterre puisqu'il avait décidé en principe que l'Association tiendrait alternativement ses congrès dans les villes du Canada, et dans les principaux centres de l'émigration française des Etats de l'Amérique du Nord. "

" Mais là comme ici, le succès de cette oeuvre, qui intéresse notre avenir au double point de vue de l'avancement professionnel et de la concentration nationale, ne saurait être assuré sans l'organisation des sociétés régionales de districts auxquelles notre grande association servira de centre de fédération et qui seront ses principaux moyens d'action pour étendre son influence et assurer sa force et sa vitalité. "

" La fondation d'une société médicale de langue française, dans un centre comme Fall River, où l'organisation de la population franco-américaine est déjà si avancée et si solidement établie pour l'avenir, éveille l'idée, au Canada, que ce serait bien là l'un des milieux les mieux préparés pour tenir le premier congrès de notre Association de Médecins de Langue Française, dans

les États de la grande République voisine. Ajoutons que l'inauguration d'un hôpital canadien en 1907, dans cette même ville de Fall River, serait l'une des occasions les plus propices pour assurer l'éclat et le succès d'un tel congrès.

"L'invitation pourrait en être faite au prochain congrès de Trois-Rivières, en 1906, par des représentants de la nouvelle société, et il ne craignait pas d'affirmer avec la plus grande assurance que les généreux compatriotes de Fall-River pouvaient compter d'avance, pour la partie scientifique du congrès, sur le concours le plus zélé et le plus sympathique des travailleurs de Québec, de Trois-Rivières, et encore plus de Montréal, qui sont de beaucoup plus grand."

Cette lettre, si propre à inspirer la confiance et à réveiller le zèle patriotique, acheva de gagner les esprits au projet soumis à l'assemblée par le Dr Lanoie.

A l'unanimité des confrères, il fut résolu qu'une association médicale Canada-Américaine soit formée.

Proposé par les Drs. Beaudet, Kelly ; secondé par les Drs. Archambault, Fecteau et Marcoux, que notre association aura pour nom : "L'Union Médicale de Fall-River, Mass." Adopté.

Proposé par les Drs Huard et Landry ; secondé par les Drs Maynard et Demers, qu'un comité de cinq soit formé pour faire les règlements les plus propices pour le bon fonctionnement de la société. Adopté.

M. le président nomme les Drs Kelly, Huard, Barri, St-George et Lavoie, pour rédiger les règlements.

Après discussion, il est résolu unanimement, de faire tout de suite l'élection des officiers de l'association.

L'élection des officiers a donné le résultat suivant :

Président honoraire, M. le doyen des praticiens, Dr J.-Bte Chagnon.

Président actif, Dr P. A. A. Collet.

Vice-Président, Dr Sam. J. Keily.

Secrétaire-Trésorier, Dr J. E. Lanoie.

Plusieurs propositions furent ensuite faites à l'effet de fixer la date de la prochaine réunion et d'inviter tous les confrères de cette ville à se joindre à l'association.

Messieurs les Dr Collet, Kelly et Lanoie, prirent tour à tour la parole pour féliciter les confrères de s'être rendus en aussi grand nombre, les assurant de tout leur dévouement et les remerciant de l'honneur qu'on venait de leur conférer.

M. le Dr St-George, offrit gracieusement l'usage de ses bureaux pour les prochaines réunions. Accepté avec remerciements. Puis la séance est levée.

J. E. LANOIE

Secrétaire Trésorier

Fall-River Mass, ce 27 janvier 1905.



PEU LE DOCTEUR M. H. BROPHY

Vendredi soir le 24 février, les nombreux amis du Dr Michel H. Brophy, de Ste Foye, apprenaient la terrible nouvelle de la perte subite d'un des meilleurs membres de notre profession.

Après quelques heures d'un malaise qu'il croyait léger notre confrère succombait tout à coup sans même avoir le temps d'obtenir du secours. Excellent praticien, bon cœur, joyeux camarade, ne manquant jamais l'occasion de s'associer à tout mouvement scientifique, le Dr Brophy laisse parmi les siens une mémoire bien enviable.

Il fut un des fondateurs de la Société Médicale de Québec du Bulletin Médical de Québec et de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens de cette province depuis 1898, il fut le soutien et souvent même l'auteur des meilleures mesures adoptées par le Bureau de ce Collège.

Actif jusqu'à l'excès, il trouvait encore le temps de prendre une large part aux progrès financiers et politiques de sa paroisse dont il était maire, et de son comté dont il était le préfet. Madame Brophy et l'excellente famille de notre pauvre ami ont pu se convaincre par le deuil général de ses confrères combien était estimé celui qu'elles pleurent si justement.

Le Bulletin Médical est donc l'écho de tous en leur offrant les plus sincères condoléances.

LE PEPTO-MANGAN (GUDE)

1. Le Pepto-Mangan (Gude) est incontestablement une préparation qui produit du sang, sous ce rapport il égal à toute autre préparation du genre.

2. Il est donc recommandé dans les maladies qui peuvent être guéries en augmentant la quantité du sang, et en améliorant sa qualité, comme, par exemple, le chlorose, l'anémie, la leucémie, les maladies chroniques des organes respiratoires, dans beaucoup de dérangement du tube digestif, spécialement après les diarrhées et dans la convalescence des différentes maladies principalement chez les femmes faibles et anémiques après l'accouchement.

3. D'un goût agréable et facilement tolérée, cette préparation ne demande pas de correctif, il est spécialement utile dans les maladies chroniques, chez les personnes nerveuses, neurasthéniques et celles qui sont incapables de prendre le fer sous une autre forme même pendant peu de temps.

Pour les anémiques, souffrant de dyspepsie nerveuse, le Pepto-Mangan (Gude) est non-seulement la meilleure préparation ferrugineuse, mais il est aussi un stomatique qui a une influence favorable sur les fonctions sécrétoires de l'estomac.

4. Ses propriétés reconstituantes et curatives dépendent non seulement de la présence du fer mais aussi de son pouvoir de stimuler l'appétit et la digestion. Vu sa composition heureuse, cette préparation mérite un emploi général.

5. Cette préparation n'a pas d'effets désagréables. Le Pepto-Mangan (Gude) constitue par conséquent une addition importante à notre liste de remèdes.

Je préfère cette préparation, qui ne m'a jamais fait défaut à tout autre produit semblable et je suis persuadé, qu'administré lorsqu'indiqué, on n'aura qu'à s'en louer.

Quant à la dose il est préférable, en général, de suivre les instructions imprimées, quoique dans certains cas on puisse augmenter la dose sans le moindre danger. L'un des principaux avantages de cette préparation est de ne jamais dégoûter fatiguer le malade ; on peut l'administrer suivant les cas pendant peu de temps ou pendant plusieurs mois. Il est également bien toléré par les enfants et les adultes des deux sexes sans jamais produire le moindre dégoût.

