

Le Bulletin Médical de Québec

PARAISANT LE 25 DE CHAQUE MOIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, Vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Président de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- E. MATHIEU, Professeur de Physiologie à l'Université Laval, Assistant à la Clinique Médicale, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, Chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie. (Secrétaire de la Rédaction).
- A. PAQUET, Professeur agrégé à l'Université Laval, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, (Secrétaire de la Rédaction).

SOMMAIRE, SEPTEMBRE 1906

MÉMOIRES

- 1—De l'Asepsie dans la pratique chirurgicale. *Simard*
- 10—Eruption Erythémato-Vésiculeuse. *Mayrand*

CONSULTATION CHIRURGICALE

- 18—Deux cas d'appendicite aiguë, opération précoce. *Paquet*

ANALYSES

- 16—La résection totale des Saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications. *A. S.*
- 38—Mouvement chirurgical à l'Hôtel-Dieu de Québec, pendant le mois d'août 1906 *Paquet*

SOCIÉTÉS MÉDICALES

- 22—Société médicale du comté d'Arthabaska. *Desjardins*
- 24—Société médicale de Portneuf. *Savary*
- 31—Association médico-chirurgicale du district de Joliette.

FORMULAIRE DU PRATICIEN

- 21—Catarrhe bronchique ancien avec congestion des bases chez une femme âgée.
- 47—Les pansements vaginaux.

REVUE DES JOURNAUX

- 43—Etude de deux cas de longues survies, huit ans et six ans, chez des malades opérés du cancer de l'estomac. *H. et B.*

ABONNEMENTS

Un an \$2.00 | Le numéro 50 Cts.
ABONNEMENT SPÉCIAL POUR M^{rs} LES ÉTUDIANTS \$1.00

Secrétaires de la Rédaction : Dr ROBERT MAYRAND, 59, rue Ste-Ursule.

“ Dr ALBERT PAQUET, 23, rue St-Jean.

Administration : Dr A. MAROIS, 51, rue St-Louis.

FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diatéte,
Grippe Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul oral produit de ce nom
dérivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

HOLADIN

Extrait de tout le Pancreas

Dans les Capsules de 3 grains

HOLADIN est un extrait de tout le Pancréas, présentant tous les constituants des sécrétions digestive et interne. L'HOLADIN tout en possédant une activité trypsique considérable, est surtout fort en ferments amylolytique et lipolytique; il est riche aussi en lécithine et nucléine qui sont particulièrement abondantes dans le pancréas.

HOLADIN est vendu dans des capsules en gélatine (emplies automatiquement) contenant à peu près 3 grains. La dose ordinaire est une capsule 3 heures après le repas et au moment de se mettre au lit. Dans les maladies constitutionnelles, ou dans les désordres graves de la digestion dû à un défaut de suc pancréatique la dose peut être graduellement élevée à 2 ou 3 capsules à la fois.

Soumis à l'épreuve indiquée par la Pharmacopie des États-Unis, l'HOLADIN peut transformer 4 fois plus d'amidon que la Pancréatine de la Pharmacopie des États-Unis pour 1900 et a un pouvoir saccharifiant beaucoup plus considérable qu'aucune des diastases du commerce.

MANUFACTURÉ PAR

Fairchild Bros. & Foster

New-York

LE FERROGEN (Frosst)

CONTIENT DANS CHAQUE ONCE LIQUIDE

Fer Métallique, 3 grains.

Manganèse Métallique, ½ grain

Extr. Fl. de Cascara, 20 min.

Associés à des peptones.

Usages

Anémie, Chlorose, Amenorrhée.

DOSE : Deux à quatre drachmes fluides.

L'addition de doses toniques laxatives de cascara sagrada à cette préparation de Peptonate de Fer et de Manganèse a été très appréciée par la profession médicale qui montre clairement qu'elle y a confiance puisque plusieurs de ses membres les plus influents le prescrivent tous les jours. Nous enverrons avec plaisir gratuitement un flacon (16 oz.) à tout médecin désireux de l'essayer s'il veut payer les frais de transport.

Spécifiez toujours en prescrivant le **Ferrogen (Frosst)**

Le Bulletin Médical de Québec



SEPTEMBRE 1906

SOMMAIRE

Mémoires.

1—De l'asepsie dans la pratique chirurgicale, par le docteur Arthur Simard, professeur à l'Université Laval, et chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

10—Éruption érythémato-vésiculeuse causée par l'action toxique sur la peau du Rhus Toxicodendron, par le docteur R. Mayrand.

Consultation Chirurgicale

18—Deux cas d'appendicite aiguë.—Opération précoce.

Analyses

16—La résection totale des saphènes dans le traitement des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications.

38—Mouvement chirurgical à l'Hôtel-Dieu de Québec, pendant le mois d'Août 1906.

Sociétés médicales

22—Société médicale du district d'Arthabaska.

24—Société médicale de Portneuf.

31—Association médico-chirurgicale du district de Joliette.

Formulaire du Praticien.

21—Catarrhe bronchique ancien avec congestion des bases chez une femme âgée.

47—Les pansements vaginaux.

Revue des Journaux.

43—Étude de deux cas de longue survie, huit ans et six ans, chez des malades opérés de cancer de l'estomac, par MM. G. Hayem et R. Bensaude.

BOITES contenant chacune... 2 milligr.
AEPHOLLES Sterilisés contenant chacun... 50 —
COMPRIMÉS dosés à..... 25 —
GRANULES —..... 1 centigr.

ADRIAN & C^{ie} ARRHENAL
CHIMIQUEMENT PUR
9, Rue de la Perle, Paris.

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—INTESTITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 compr.
més par jour
COUTURIEUX, 57, AV. D'ANTIN
PARIS

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- L. CATELLIER, Professeur de pathologie externe, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
Doyen de la faculté de médecine. Membre du collège des médecins.
- M. AHERN, Professeur d'anatomie et de clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- E. TURCOT, Professeur de thérapeutique, de matière médicale et de clinique médicale. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- ALBERT MAROIS, Professeur de Toxicologie, de Médecine légale et de clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Assistant Surintendant à l'Asile de Beauport. Membre de la société Medico-Légale de New-York.
- A. HAMEL, Professeur d'histologie et de bactériologie.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie. gynécologiste à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène et de médecine infantile. Médecin du dispensaire.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophtalmologiques et rhino-laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- P. C. DAGNEAU, Professeur agrégé, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- G. R. PAQUIN,
- F. X. DORION, Médecin du dispensaire.
- P. FAUCHIER, Médecin du dispensaire, Membre du collège des médecins.
- J. GUERARD, Médecin du dispensaire.
- A. JOBIN, Membre du collège des médecins.
- P. NORMAND, Membre du collège des médecins.
- L. O. SIROIS, Membre du collège des médecins.
- ACHILLE PAQUET, Médecin interne à l'Hôtel-Dieu.
- W. H. DELANEY, L. N. G. FISET, E. LACERTE, A. LESSARD, E. POLIQUIN, A. VALLEE, P. A. GASTONGUAY, O. LECLERC, G. PIGNAULT, P. LAGUEUX.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU BULLETIN MEDICAL DE QUÉBEC.

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU. E. TURCOT. C. VERGE. P. FAUCHIER. A. SIMARD. E. MATHIEU. A. MAROIS, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

MEMOIRES

CONGRÈS DES TROIS-RIVIÈRES

DE L'ASEPSIE DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE.(1)

Par M. le Docteur ARTHUR SIMARD, professeur à l'Université Laval,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Messieurs,

Le conseil de l'Association, en m'appelant à présider la 3ème réunion de la section chirurgicale, m'a donné une marque d'estime tout particulièrement flatteuse dont je suis profondément reconnaissant.

Les chirurgiens distingués qui ont occupé avant moi ce fauteuil présidentiel vous ont habitués à un régal scientifique que je ne puis malheureusement prétendre renouveler aujourd'hui. Vous ne devez pas vous attendre à pareille aubaine ; je ne puis penser à autre chose qu'à suivre de loin et dans la mesure de mes moyens, l'exemple qu'ils m'ont donné.

C'est avec un vif plaisir que je souhaite en votre nom et au mien, la bienvenue à M. le docteur Proust, professeur agrégé et délégué de l'Université de Paris, qui vient tout récemment de terminer le cycle de ses ambitions en décrochant très vaillamment la tymbale de chirurgien des Hôpitaux. Il m'est agréable aussi de me rappeler les heures de bonne camaraderie que nous avons passées dans le service de l'Hôtel-Dieu de notre regreté maître, le professeur Tillaux.

(1) Discours d'ouverture de la section chirurgicale au Congrès des Trois-Rivières.

Messieurs, je ne me propose pas de vous faire l'exposé des derniers progrès, des récentes acquisitions de la chirurgie, ni de vous en indiquer les tendances. Il me faudrait alors vous parler de l'état de la question pancréatique, des modifications apportées dans le traitement des infections des canaux biliaires, de la prostatectomie par les procédés Proust et Fuller-Freyer, actuellement passée dans la pratique courante, du regain de faveur dont jouit pour le moment la méthode dite de Bier pour les tuberculoses locales, même de la sémiologie du sang dans ses rapports avec le diagnostic et le pronostic des affections chirurgicales, pour ne mentionner que les questions les plus à l'ordre du jour, et là n'est pas mon rôle, ni mon ambition.

Vous ne vous attendez pas non plus que je vous fasse part de découvertes retentissantes appelées à révolutionner l'opinion sur les questions du jour, partout fébrilement étudiées et fouillées; ni vous apporter de nouvelles acquisitions propres à influencer sur l'orientation de l'esprit médical moderne; ce n'est pas là encore notre rôle et on ne peut pas raisonnablement l'exiger de nous. Il ne faut pas perdre de vue que la vie médicale dans ce pays date à peine de 50 années, que nos moyens d'études, de recherches sont restreints et que notre organisation scientifique est encore trop jeune pour que nous puissions prétendre égaler les peuples de la vieille Europe dont la mentalité scientifique s'est formée et affinée pendant des siècles de travail et d'application. Plus modestes dans nos aspirations, nous nous contentons pour le moment d'apporter notre part d'expérience, d'étude de perfectionnement et nous savons limiter notre ambition au travail de vulgarisation du progrès scientifique moderne dans notre pays, et faire en sorte que la chirurgie canadienne soit comme le prolongement de la science française en Amérique, plus conforme à nos goûts et à notre esprit latin.

Pour tous ceux que l'avenir de notre profession intéresse,

le progrès depuis ces dernières années a été manifeste, grâce à l'élan donné au travail et à l'émulation par les nombreuses sociétés médicales qui se sont fondées un peu partout, et pour une large part grâce aux perfectionnements réalisés dans les méthodes d'enseignement universitaire, mais il ne faudrait pas croire, que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes et qu'il n'existe pas dans la pratique de la chirurgie, des perfectionnements désirables. Si le mur qui entoure notre vie professionnelle a été assez haut pour cacher aux regards des profanes ce squelette, que, selon l'expression anglaise, chaque famille cache dans son armoire, il n'a pas passé inaperçu à tous ceux qui s'intéressent à l'évolution médicale dans notre province.

L'esprit d'asepsie dans le traitement des plaies n'a pas encore à l'heure actuelle achevé son tour d'Amérique. Je m'aventure, je le sais, sur un terrain brûlant en venant vous parler de quelques points de la pratique chirurgicale dans notre province. Je compte que vous me pardonneriez mon audace, en raison des motifs qui m'ont guidé dans mon choix.

Le dogme commun pour un certain nombre de praticiens distingués c'est la croyance à l'action bactéricide in vitro des antiseptiques ; et il produit sur leur emploi des espérances irréalisables. Il s'est beaucoup trop cristallisé dans la pratique de l'antisepsie pure ; on a mis en elle une confiance absolue qui va pour quelques uns jusqu'au fétichisme qui permet la négligence de bien des précautions pourtant nécessaires et fondamentales.

Et l'on traite toute plaie, tout foyer traumatique vivant comme un terrain inerte, comme je ne sais quel milieu de laboratoire, en l'irrigant, en le noyant de solutions chimiques d'autant plus nocives pour les cellules vivantes, qu'elles le sont pour les microbes. Le sublimé, le bi-iodure, l'acide phénique en solutions fortes, pour n'en nommer que quelques unes, s'em-

plioient couramment pour les plaies infectées ou non. N'est-il pas, pourtant, de notion scientifique aujourd'hui que les tissus vivants trouvent en eux-mêmes leurs meilleurs défenseurs et qu'à les dilacérer, les paralyser, même aller jusqu'à les brûler sur le fallacieux prétexte d'une recherche et d'une destruction plus ou moins hypothétique des germes on court le grand risque de vicier, d'annihiler même le processus naturel de guérison ?

Et si l'on songe un instant à la manière dont est pratiquée trop souvent en clientèle courante cette antiseptie primitive des plaies, sur laquelle on fonde tant d'espérances, n'est-on pas en droit de croire que pour beaucoup d'entre elles ce n'est pas le traumatisme c'est le traitement qui crée l'infection ? Le pansement humide imprégné des mêmes antiseptiques, fréquemment renouvelé et compliqué de l'imperméable obligé répond, à mon sens, aux mêmes errements déjà presque traditionnels. Bref, on s'est trop immobilisé dans la pratique de l'antiseptie, et l'antiseptie n'est pas la perfection, car nous avons maintenant à notre disposition, outre l'expérience déjà longue propre à chacun de nous, de nouveaux documents pour établir sans conteste possible la valeur de l'asepsie pure et simple dans le traitement des plaies. Vous savez combien nombreux sont les travaux publiés sur cette question d'une importance si primordiale et quelle a été la raison qui a motivé la réaction qui s'est produite dans le monde scientifique en faveur de l'asepsie.

En effet l'ère de l'antiseptie avait bouleversé la chirurgie et les résultats éclatants obtenus au moyen de cette méthode avaient rapidement et définitivement jeté dans l'oubli les procédés moyenâgeux de l'époque prépasteurienne. Cependant si l'antiseptie avait été un très grand progrès, on ne tarda pas à s'apercevoir que ce n'était pas là encore l'idéal cherché. La biologie venait de les enrichir de données nouvelles et la nature de l'activité cellulaire, défense naturelle qu'il importait de soutenir

et de ne pas entraver par des agents paralysants ou destructeurs de son activité,—fussent-ils nommés germicides—refroidit quelque peu la confiance enthousiaste que l'on avait mis dans l'antisepsie et les antiseptiques. L'inévitable réaction se produit ; l'antisepsie à outrance dut céder la place à l'antisepsie mitigée.

L'évolution n'était pas cependant terminée. Elle s'est arrêtée là pour un nombre important de confrères. L'antisepsie doit cependant céder le pas à l'asepsie pure et simple, plus conforme aux principes biologiques acquis, tous d'actualité. Et si le 19ème siècle peut s'enorgueillir, à bon droit, d'avoir vu l'antisepsie s'établir en maître sur les ruines des méthodes surannées, le 20ème siècle aura à son crédit, du moins c'est ma conviction intime, d'avoir fait faire à la question un pas de plus en avant en établissant à la base de toute méthode de traitement de plaies, les principes biologiques.

En effet l'infection contre laquelle nous luttons journellement, c'est une vie dans la vie ; elle procède de différents processus vitaux et c'est pour cela qu'il importe de débarrasser le foyer traumatique des agents septiques sans nuire cependant à la vitalité des tissus qui seront eux les meilleurs agents de guérison. Or, les antiseptiques d'un usage courant et si libéralement prodigués sont absolument nocifs à la vie cellulaire.

Les guerres modernes ont apporté une masse de documents à l'étude de cette question du traitement primitif des plaies et malgré qu'il ne faut pas se baser rigoureusement sur les résultats obtenus en chirurgie de guerre pour delà généraliser, ils n'en ont pas moins une valeur démonstrative de premier ordre. Les rapports des guerres Anglo-Boer et Russo-Japonaise établissent que les blessures guérissaient dans une proportion de 85% sous un seul pansement à la condition d'être simple, sec, stérile et rien de plus. Mais, il y a d'autres sources de preuves à l'appui du traitement des plaies par l'asepsie pure et simple.

L'une des plus remarquables est sans contredit le travail publié récemment par Van Stockum de Rotterdam.

Les résultats qu'il fait connaître à l'appui du traitement primitif des plaies par l'asepsie, révèlent sous ce rapport une signification qu'on ne saurait méconnaître. Depuis 1900 il traite toutes les plaies, y comprises les fractures compliquées, par l'embaument, en versant simplement dans le foyer traumatique une abondante quantité de baume du Pérou, puis applique à plat un pansement simple absorbant qui doit rester en place 20 jours. Et les résultats sont surprenants. Il y a plus encore. Tout dernièrement le docteur Carl Goutermann reprenait expérimentalement dans le service de Von Bergmann l'étude de l'action comparée du pansement sec, stérile, et du pansement humide antiseptique et arrive à la conclusion : 1° qu'il n'y a pas une action empêchante de l'antiseptique sur le développement des germes dans les plaies ; 2° la teneur en germes des plaies accidentelles non suppurées est plus élevée sous le pansement humide antiseptique que sous le pansement aseptique, sec ; 3° les pansements humides ne sont nullement un moyen sûr de prévenir la suppuration dans les plaies et qu'enfin il faut donner la préférence à la gaze iodoformée à cause de son pouvoir spécial d'absorption. Ces résultats ne sont pas pour nous surprendre. Ils ne font que confirmer l'expérience des maîtres de la chirurgie française et américaine. Pour notre part, nous avons été à même, comme bien d'autres, de faire la comparaison entre l'antiseptie mitigée et l'asepsie pure et simple, et depuis longtemps notre opinion est faite sur leur valeur respective. L'asepsie est un grand progrès sur les anciens procédés. Les blessures guérissent plus normalement, les infections s'améliorent rapidement et avec moins de tendance à la généralisation. Bref, à l'heure actuelle, dans toute plaie récente non encore infectée, une bonne gaze, sèche, souple, poreuse, absorbante,

simplement stérilisée comme premier pansement, puis par-dessus et autour, un manchon d'ouate hydrophile pour la maintenir et empêcher les contacts, voilà les conditions les plus physiologiques d'une évolution régulière et d'une défense normale.

Est-ce à dire cependant, que le pansement humide doit disparaître ? certes non. Qu'il soit utile dans quelques circonstances, sur une plaie douloureuse ou déjà infectée, d'imbibber les couches profondes du pansement, nul ne songerait à le nier. Mais, par exemple, les solutions employées de doivent jamais être nocives pour la vie cellulaire. La solution saline stérilisée, l'eau oxygénée neutre, l'alcool remplissent très bien le but désiré. Seulement, l'imperméable obligé et traditionnel, qui supprime l'aspiration, empêche par cela même le processus naturel d'absorption à la surface de la plaie, qui crée un véritable milieu de culture par une sorte de vase clos qu'il réalise, doit disparaître de la pratique chirurgicale moderne. Aspiration, absorption, asepsie, voilà les conditions principales que doit remplir un bon pansement. La gaze iodoformée, qui est d'un emploi courant, n'est pas à mon avis l'idéal. Que pour les tuberculoses ouvertes l'iodoforme garde la primauté, je ne le conteste pas. mais le peroxyde de zinc que Chaput a fait connaître en 1904, et que nous employons depuis cette date à l'Hôtel-Dieu de Québec, lui est supérieur pour toute autre circonstance où une poudre peut trouver place dans l'ordonnance d'un traitement. Le peroxyde de zinc en effet, est inodore, non irritant, non toxique et un excellent antiseptique qui, grâce à sa faculté de dégager de l'oxygène en présence des matières organiques stimule l'activité cellulaire au lieu de lui nuire où de l'entraver. Les expériences comparées que nous avons conduites à l'Hôtel-Dieu, nous permettent d'affirmer sa supériorité sur les autres poudres usuellement employées. Mais c'est là un point peu important en soi, l'emploi

des poudres est très restreint dans le traitement des plaies.

Maintenant, je me le demande, pourquoi, en dehors des milieux hospitaliers, où il se fait de l'excellente chirurgie, l'asepsie est-elle encore si peu pratiquée? On objecte, comme je l'ai entendu répéter souvent, son application difficile pour la chirurgie journalière à la campagne et même dans les villes. Je n'en crois rien. D'abord pour bien faire l'asepsie, il faut la bien connaître dans tous ses détails et être bien convaincu de sa valeur, sans cela, je comprends que l'on voit partout des obstacles insurmontables à son emploi.

A quoi se réduisent en définitive, les interventions chirurgicales journalières? En interventions d'urgence et en celles arrêtées d'avance, n'est-il pas vrai? Pour ces dernières, je ne vois où puissent se rencontrer ces difficultés soi disant insurmontables puisque le médecin règle lui-même, le temps, le lieu, le mode d'intervention. Il a le loisir de s'y préparer et s'il ne fait pas d'asepsie c'est qu'il ne veut pas. J'admets volontiers que la question se complique pour les interventions d'urgence. Trop souvent les grands et petits traumatismes qui appellent le chirurgien ont lieu à des distances souvent considérables, loin de tout secours médical. L'installation où doit se faire l'opération est sommaire, les moyens mis à la disposition du chirurgien quelquefois rudimentaires.

Cependant ne trouve-t-on pas partout un foyer, de l'eau, une marmite pour la faire bouillir? N'est-il pas toujours possible de se pourvoir de linge qui, bouilli pendant un temps suffisant, peut servir au premier pansement et permettre au chirurgien de s'outiller pour ceux à venir?

N'est-il pas facile pour tout médecin de préparer à l'avance de la gaze stérilisée, afin d'être prêt à toute éventualité? Il peut se rencontrer des circonstances où le chirurgien soit absolument désarmé, mais on admettra que c'est l'infime exception et que

dans l'immense majorité des cas il peut faire face, s'il sait vouloir, à toutes les conditions que peut présenter la clientèle journalière. D'ailleurs les grands écrasements, les grands traumatismes seuls peuvent demander une installation, un matériel quelque peu complet, mais ils ne requièrent pas ordinairement une intervention immédiate et le simple lavage et pansement aseptique obligatoires peuvent se faire partout. En résumé, à quelques exceptions près, l'asepsie rigoureuse peut se pratiquer partout, il suffit de savoir vouloir.

Il y a là, messieurs, un progrès à réaliser si l'on veut que la pratique chirurgicale journalière dans notre pays n'ait rien à envier celle des pays les plus avancés.

L'honneur que l'on m'a fait en m'appelant à présider la section chirurgicale de l'assemblée des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, me faisait en quelque sorte un devoir de saisir cette occasion de combattre devant vous pour ce que je crois, un progrès utile et efficace à réaliser dans la pratique de la chirurgie. Je n'aurai pas perdu mon temps, je le crois, si mes paroles engagent quelques-uns d'entre vous, dans la bonne lutte pour la vulgarisation de la pratique de l'asepsie.

Les médecins qui voient tous les jours les bornes de leurs fiefs jadis incontestés et inviolables reculer devant la chirurgie envahissante, se sont jetés dans la voie de la médecine préventive où ils remportent des succès qu'on ne saurait trop admirer. Nous ne pouvons pas nous laisser distancer. Il importe que par une asepsie bien comprise et judicieusement pratiquée les chirurgiens puissent prévenir partout et toujours les complications d'infection, et étendre ainsi le champ de l'intervention chirurgicale, et alors on pourra dire de l'asepsie, ce dernier cri du progrès moderne, que comme l'hygiène, c'est plus qu'une science, c'est une vertu.



ÉRUPTION ERYTHÉMATO-VESICULEUSE

Causée par l'action toxique sur la peau du Rhus Toxicodendron

Nous rencontrons fréquemment pendant l'été ou au commencement de l'automne une éruption de la peau causée par l'action toxique d'une certaine plante commune dans la province de Québec et spéciale à l'Amérique Septentrionale. Cette plante de la famille des thércbintacées est connue des botanistes sous le nom de *Rhus Toxicodendron* ; Sumac vénéneux ; Poison Ivy ; Poison Oak ; on l'appelle vulgairement, Herbe à la puce.

Notre but en faisant cette communication n'est pas de rechercher le principe actif ou l'action physiologique et thérapeutique de la plante, mais d'attirer l'attention de nos praticiens sur les symptômes cliniques de la dermatite que produit le sumac vénéneux et la manière de la traiter. Trop souvent on confond cette éruption de la peau avec l'eczéma ou l'impétigo, alors que si on analysait bien la lésion et la marche de l'éruption, il serait impossible de se tromper.

Nous rappellerons dans un court aperçu historique, les travaux faits sur le sujet afin d'être fixés sur l'action de la plante en clinique et en thérapeutique.

Le *Rhus Toxicodendron* est connu depuis longtemps ; Cornutus dans son ouvrage sur les plantes du Canada en donna le premier la description. Les Peaux-Rouges s'en servaient comme plante médicinale ; les premiers missionnaires rapportent qu'ils l'utilisaient comme teinture pour les cheveux. Kalm en fait mention ainsi que quelques autres observateurs ayant voyagé dans l'Amérique du Nord. Plus tard, en 1788, le médecin français Dufresnoy l'introduisit dans la pratique médicale. Il

s'en servit dans le traitement de certaines maladies rebelles de la peau comme les dartres et dans quelques cas de paralysies.

Le zèle qu'il déploya pour préconiser son emploi et sa culture faillit même lui être fatal : l'anecdote vaut la peine d'être racontée.

Dans une lettre qu'il écrivait à un médecin botaniste de ses amis à qui il avait confié quelques pieds de *Rhus* pour les cultiver, Dufresnoy disait : " Comment vont nos chers *Rhus*. Qu'il me tarde de les voir." Cette lettre interceptée par le comité révolutionnaire fut jugée suspecte, parce que dans le temps le bruit courait que l'impératrice de Russie voulait se joindre aux puissances coalisées. Dufresnoy fut arrêté et mis en accusation devant le tribunal révolutionnaire d'Arras, présidé par Joseph Lebon. Les juges ignorants l'orthographe allaient l'envoyer à la mort lorsque thermidor arriva. Lebon fut arrêté et Dufresnoy put heureusement expliquer à ses juges que ses chers *Rhus* n'étaient pas des soldats, mais des plantes utiles qu'il avait employées avec succès dans plusieurs maladies. (Dict. S. Méd.)

Après lui Horsefield et d'autres expérimentateurs tels que : Fontana, Gouan, Amoureux, Van Mons, Orfila étudièrent les effets physiologiques de la plante sur le système nerveux et sur la peau. D'après ces auteurs le *Rhus Toxicodendron* agirait sur le système nerveux à la manière des narcotico-âcre.

L'action toxique sur la peau serait due à un principe qui se dégage à l'état de gaze lorsque la plante ne reçoit plus les rayons directs du soleil (Van Mons). Le suc qui s'écoule de la plante incisée a le même effet que les émanations et dépend d'un principe acide, volatil, corrosif que Maisch a appelé : acide toxicodendrique.

Nous ne connaissons pas de travaux sur la question postérieure à ceux de Maisch qui datent de 1866.

Symptômes de l'éruption.—Si on s'expose aux émanations

du *Rhus Toxicodendron*, ou s'il y a contact entre le suc ou les feuilles de la plante et la peau, il se produit, après un temps variant de 1 à 3 jours, une démangeaison intense. C'est le premier symptôme de la dermatite; il apparaît alors que la peau semble parfaitement saine. La démangeaison est très vive et survient par accès. Elle se montre généralement qu'en un seul endroit.

Bientôt apparaît une rougeur diffuse, érythème de défense du tégument provoqué par l'irritation du poison et par le grattage. La peau devient empâtée et si on examine la partie malade à jour frisant, on voit apparaître l'aspect de peau d'orange qu'on rencontre dans beaucoup d'autres éruptions artificielles.

Hormi d'avoir été longtemps en contact avec les émanations toxiques de la plante, il est rare que l'œdème envahisse d'emblée tout le territoire exposé. L'infiltration s'étend peu à peu aux parties voisines. Il existe des points qui sont encore aux stades de démangeaison alors que les localisations voisines sont déjà gonflées par l'œdème. La différence de résistance de l'épiderme due soit à son épaisseur ou à son endurance peut expliquer ce retard dans l'apparition de la dermatite.

L'infiltration œdémateuse peut prendre des proportions considérables. Aussi il n'est pas rare de voir des malades atteints à la figure être complètement méconnaissables. Le gonflement des paupières peut-être tel qu'il empêche la vision.

Quelques heures après l'apparition de cette infiltration, il se forme de petites vésicules superficielles, très rapprochées les unes des autres. Ces vésicules résultent de l'exsudation séreuse intra-épidermique provoquée par l'action toxique de la plante et par la réaction cellulaire de défense très active de l'épiderme.

De même que pour l'infiltration œdémateuse, l'apparition des vésicules ne se fait pas en même temps; à côté des placards

vésiculeux vous voyez d'autres placards qui ne sont qu'érythémateux.

Les vésicules gonflées par la pression intra-épidermique, crèvent il s'en échappe un liquide transparent, semblable au sérum. Le plus souvent ce liquide est troublé, infecté qu'il est par les nombreux microbes de la surface entanée. Au contact de l'air il se concrète en croûtes jaunâtres ou grisâtres. Les surfaces malades présentent alors un aspect polymorphe composé d'éléments érythémateux, de vésicules à contenu séreux et purulent, et de croûtes. Le suintement dure de 1 à 2 jours. Aussitôt qu'il est disparu le travail de réparation commence. Il est plus ou moins long suivant qu'il s'est produit des manifestations secondaires : impetigo ; folliculites, etc. Pendant l'écoulement la démangeaison est encore très vive ; elle persiste même quelque temps après que toute lésion a disparu et que la peau est redevenue normale.

Nous voyons par cette description que l'éruption du sumac vénéreux est du type des éruptions érythémato vésiculeuses artificielles de cause externe. Elle en diffère par son mode d'apparition qui ne se fait pas d'emblée sur toute la surface exposée et par le prurit plus intense que l'on observe.

Comme dans la plupart des autres éruptions artificielles certaines personnes ont une indiosyncrasie marquée pour le sumac vénéreux. Un instant d'exposition aux émanations de la plante suffit pour déterminer chez elles la dermatite caractéristique. Il n'est pas rare d'observer des sujets chez qui l'éruption se manifeste trois ou quatre fois dans la même saison. D'autres personnes au contraire jouissent d'une immunité absolue à l'égard du sumac ; elles cueillent la fleur de la plante, se frottent la peau avec ses feuilles sans jamais en ressentir les mauvais effets.

Les parties découvertes, exposées aux émanations ou au contact de la plante, comme les mains, les poignets, la face, sont

le plus fréquemment atteintes. La dermite siège là où la peau est plus fragile et plus mince, ainsi elle se localise le plus souvent aux espaces interdigitaux, à la face interne des poignets, aux paupières, aux oreilles, aux organes génitaux; cette dernière localisation s'observe surtout chez les femmes et dépend de ce que la plupart de nos campagnardes pendant les grandes chaleurs de l'été ne portent pas de pantalon.

La durée de cette éruption artificielle est très variable; elle est sous la dépendance des infections secondaires et du terrain sur lequel évolue l'éruption. Les traumatismes causés par le grattage sont le point de départ d'impétigo, d'ecthyma, de folliculites. Chez les diathésiques, l'éruption détermine très souvent l'apparition de placards eczémateux et même d'eczéma généralisé comme j'ai eu l'occasion d'en observer un cas. En général, l'éruption dure de six à dix jours et ne laisse après elle aucune trace.

La plupart des éruptions artificielles de cause externe présente à peu près les mêmes lésions de la peau que l'éruption causée par le sumac vénéneux. Celle-ci en diffère par sa marche qui est caractéristique; les lésions primitives n'apparaissent que successivement et ne s'étendent jamais au début à tout le territoire irrité. Le polymorphisme et la tendance de l'éruption à se généraliser nous rendent donc le diagnostic facile.

Traitement.—L'usage du lait aigri et des lotions vinaigrées contre l'éruption de l'herbe à la puce est bien connu du peuple. Cette thérapeutique donne de bons résultats à condition que les lotions soient renouvelées souvent, à peu près toutes les demi-heures. Cependant il convient d'employer une thérapeutique moins empirique et plus rationnelle en luttant contre les symptômes à mesure qu'ils font leur apparition.

Au début lorsque l'infiltration œdémateuse envahit la peau on emploie des pansements humides, faits soit à l'eau bouillie,

soit avec une décoction de têtes de pavot, (2 têtes par pinte d'eau ; faire bouillir 20 minutes), de racines de guimauve ou de fleurs de camomilles. Ces pansements seront renouvelés toutes les heures. Les têtes de pavot et les fleurs de camomille calment généralement bien la démangeaison. Si cependant elle persiste on emploiera des badigeonnages 2 ou 3 fois par jour avec la solution suivante :

R. Esprit d'éther nitreux 30 grammes
Acetate de plomb 0 gr. 50

Quand la desquamation et une démangeaison légère a remplacé le suintement on se servira d'une pommade à l'oxyde de zinc ou mieux de la pâte de Lassar :

R Oxyde de zinc }
Amidon } à parties égales
Vaseline }
Lanoline }

DR. R. MAYRAND.



PEPTO-MANGAN

UN MOT FABRIQUÉ AU HASARD

Il est exclusivement la propriété de Monsieur I. Breitenback Co.

Depuis douze ans que nous annonçons que PEPTO-MANGAN (indépendamment du mot GUDÉ) est une marque de commerce, enregistrée le 13 octobre, 1891 et que c'est notre propriété exclusive.

Afin qu'il n'y ait pas de malentendu nous attirons de nouveau l'attention sur ce fait que Pepto Mangan n'est pas anonyme pour aucune autre préparation de fer, car il n'y a qu'un seul Pepto-Mangan.

LA RESECTION TOTALE DES SAPHENES DANS LE TRAITEMENT DES VARICES SUPERFICIELLES DES MEMBRES INFERIEURS ET DE LEURS COMPLICATIONS

La faillite du traitement médical pour la cure des varices superficielles des membres inférieurs et de leurs complications a été cause que les tentatives chirurgicales se sont multipliées surtout depuis le jour où Trendelenberg et Schwartz ont fait connaître leurs recherches sur les varices et leurs méthodes opératoires pour y remédier.

Dans le but de s'opposer au reflux sanguin qui se fait de haut en bas, dans les saphènes atteintes d'insuffisance valvulaire, Trendelenberg avait préconisé successivement deux opérations. D'abord l'une consistant à sectionner la saphène entre deux ligatures au tiers inférieur de la cuisse, et la plus récente d'échelonner le long de la saphène trois ligatures, Schwartz recommandait une méthode analogue compliquée parfois de l'incision de grands lambeaux cutanés avec les varices sous-jacentes. Et les résultats furent généralement satisfaisants.

Pour avoir observé à diverses reprises des résultats insuffisants ou presque nuls obtenus par des resections partielles, M. le professeur Terrier et M. Alglave ont été amenés à faire des opérations beaucoup plus larges, applicables d'ailleurs à tous les cas de varices et qui sont curatives.

Dans les numéros de Juin et d'Août de la Revue de chirurgie, M. le prof. Terrier et M. P. Alglave publient 16 observations vraiment concluantes.

Il ressort de leur excellente monographie que les diverses causes mécaniques qui peuvent être invoquées pour expliquer le développement et l'extension des varices superficielles des membres, il en est deux qui sont importantes à rappeler et à retenir. La poussée sanguine profonde qui intervient dès le début des varices et s'exerce à la faveur des veines perforantes; et le reflux superficiel, s'exerçant du haut en bas, qui intervient plus tard et vient aggraver les varices, quand les saphènes déjà fortement dilatées par l'ondée sanguine venue des veines profondes, ont des valvules insuffisantes.

On comprend immédiatement que par les opérations de ligatures simples ou multiples et de resections partielles de la saphène interne on peut pallier à l'influence du reflux superficiel et obtenir une amélioration sérieuse; mais on laisse nécessairement intacte une cause primordiale très importante, "la poussée profonde" qui

par des voies fortement élargies, entretient les varices et permet leur retour à l'état antérieur. Pour atteindre la poussée profonde, grande cause mécanique des varices et de leurs complications, nécessairement, il faut aller jusqu'aux veines profondes par lesquelles elle s'exerce. C'est ce que M. Terrier et Alglave se sont efforcés de réaliser.

Par la résection aussi complète que possible des troncs variqueux (saphène interne et externe) et des veines variqueuses y attendant on atteint à la fois la poussée profonde et le reflux superficiel. Cette résection est applicable à tous les cas de varices gênantes, douloureuses ou dangereuses avec ou sans ulcères, et elle supprime avec les lésions et leurs inconvénients, les causes qui les entretiennent et les aggravent. Les résultats obtenus par cette méthode sont très favorables et en même temps durables.

Est-ce à dire que tous les variqueux devraient être opérés? Non. Il y a dans l'imputation des varices et des inconvénients qu'elles entraînent une question de degré, que le chirurgien et le malade ont à apprécier, malgré qu'il n'y a de contre indications à la résection des varices que dans l'état général des malades (âge avancé, lésions cardiaque, insuffisance rénale, etc.)

Seulement, il y a indication de la résection des saphènes dans tous les cas de varices essentielles superficielles dont le malade se plaint beaucoup, quand elles entraînent des douleurs constantes ou intermittentes, de l'impotence fonctionnelle plus ou moins complète. Quand elles se compliquent de phlébite athéromateuse plus ou moins étendue et toujours des plus dangereuses par les embolies qu'elles entraînent si fréquemment. C'est aussi pour les hémorragies et les ulcères, auxquelles elles donnent lieu, que les varices sont à craindre et doivent être réséquées intégralement et définitivement à partir du moment où elles sont devenues menaçantes. Les résections veineuses donnent des résultats d'autant meilleurs qu'elles ont été plus largement pratiquées. Et les dangers opératoires ne sont pas accrus.

Les larges ulcères limitent nécessairement l'étendue de la résection veineuse, en raison du danger d'infection possible opératoire. On peut remédier à l'inconvénient dû à cette limitation en ajoutant à la résection aussi large que possible des saphènes, la section circulaire sus-malléolaire et sus-aponévrotique de Moreschi.

A. S.



DEUX CAS D'APPENDICITE AIGUE OPÉRATION PRÉCOCE

OBSERVATIONS

Premier cas.—Mlle X. . . orpheline chez les Sœurs de la Charité, âgée de 13 ans.

Samedi matin, le 1er sept., une heure après son déjeuner elle accuse une douleur subite et très forte dans la fosse iliaque droite, douleur qui s'irradie presque aussitôt au creux épigastrique et s'accompagne de nausées, puis de vomissements alimentaires. Suivant une règle que le médecin de la communauté, le Dr. Marois, a établie depuis assez longtemps à l'égard de ces cas, y compris ceux pour lesquels il existe un doute sur la nature de la maladie, les religieuses la mettent immédiatement au lit, immobile sur le dos, et sans rien lui donner. Quelques minutes plus tard, pendant sa visite, le docteur constate une température de 101, un pouls quelque peu au-dessus de 100, douleur très vive au point de Mac Burney, défense musculaire à cet endroit, un peu de ballonnement du ventre. Son intestin a fonctionné la veille. Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Elle n'a jamais eu de crise antérieure. L'immobilisation est continuée, large application de glace sur tout l'abdomen, défense absolue de lui donner quoi que ce soit par la bouche.

A 1 heure de l'après-midi la petite malade est transportée à l'Hôtel-Dieu où elle entre dans le service du Dr. A. Simard. A ce moment elle nous apparaît très souffrante, ses traits sont tirés, sa température est encore à 101° F., son pouls à 109, la défense musculaire est considérable, dans la f. i. d., un peu moindre, mais encore marquée dans le reste de la paroi abdominale. Elle n'a pas vomi depuis le matin. Il n'y a pas eu d'évacuations intestinales.

A 3 heures, c'est-à-dire 8 heures après le début de la crise, le Dr. A. Simard, assisté du Dr. A. Paquet, lui fait une appendicectomie, incisions de Mac Burney, pas de pus ni d'adhérences, l'appendice est amené au dehors, ligature de son meso et de sa base d'implantation; excision au thermo, enfouissement du moignon après une suture séro-séreuse en bourse-reconstitution de la paroi en trois plans de suture, pas de drainage. Durée de l'opération 10½ minutes.

L'appendicite est très volumineux, gri-âtre, rigide et friable. A l'ouverture on reconnaît facilement deux plaques de sphacèle commençantes intéressant la muqueuse et la musculuse, la séreuse est encore intacte.

Suites opératoires des plus normales. Le lendemain la température est à 90, le pouls à 100, la malade est souriante à notre visite ; le soir elle a une selle abondante. Reprise de l'alimentation deux jours après.

Elle se lève le 29 et quitte l'hôpital le 21 septembre.

Deuxième cas.—Mlle B. . . âgée de 18 ans. Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Samedi, 8 septembre, dans l'après-midi, sans aucune cause apparente, elle a des nausées accompagnées de malaises généraux ; le soir, après son souper, ces malaises augmentent, elle prend du sel d'Épsom, et quelques minutes après elle éprouve une douleur violente dans tout l'abdomen et elle vomit à plusieurs reprises. Durant la nuit la douleur devient très vive et sous formes de paroxysmes à tel point que la malade ne peut rester couchée ; elle se tient assise et pillée sur elle-même, elle se plaint constamment. Son médecin la voit le lendemain matin ; à ce moment la température est à 99, le pouls est accéléré, le ventre un peu ballonné et tendu, la douleur est surtout vive dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite ; il y a du ténesme vésical. Traitement : glace *intus et extra*, suppositoires à l'opium. Dans l'après-midi une seconde dose de sel d'Épsom et un lavement déterminent en même temps qu'une selle abondante une autre crise douloureuse. Chaque fois qu'elle avale un morceau de glace elle éprouve une grande douleur.

À son arrivée à l'hôpital le 10 septembre, 45 heures après le début des accidents, elle est moins souffrante, sa température est à 99, son pouls à 140, ses traits sont tirés, yeux excavés, le ventre est ballonné et tendu.

Incision de MacBurney.—À l'ouverture du péritoine il s'écoule un flot de pus blanchâtre, mal lié et d'odeur intestinale, il s'en écoule approximativement une chopine ; l'appendice, libre de toute adhérence, est énorme, sensiblement plus gros que le petit doigt, grisâtre, rigide et friable. Il est gangrené à sa base. Ligature du méso, et de sa base d'implantation, excision au thermo, enfouissement du moignon, drainage avec 2 tubes, fermeture incomplète de la paroi. Durée de l'opération 20 minutes.

Le lendemain la malade ne vomit plus, la température est à 100, l'intestin se vide, le ballonnement diminue. Il sort quelques matières fécales par l'ouverture pendant deux ou trois jours, puis tout rentre dans l'ordre après ce temps.

Ces deux observations nous démontrent à l'évidence les brillants résultats que donne l'opération précoce, même dans les cas les plus graves, résultats d'autant plus rapides et plus sûrs qu'elle est faite plus tôt. L'intervention dans ces conditions est d'une facilité invraisemblable, de peu de durée et partout d'une grande bénignité. L'appendice, augmenté de volume rigide, comme en érection, encore libre de toute adhérence, apparaît sitôt le péritoine ouvert, il saute pour ainsi dire aux yeux du chirurgien. Quand elle est faite dans les 36 premières heures qui suivent le début de

l'attaque, les accidents ne tardent pas à rétrocéder. A ma connaissance tous les cas qui ont été traités de la sorte à l'Hôtel-Dieu ont guéri avec la même facilité, bien que pour la plupart il s'agissait d'appendicite gangréneuse. Il n'en est pas de même malheureusement après cette période, nous trouvons alors l'appendice ouverte, la péritonite diffuse, la cavité abdominale remplie de pus et l'intoxication profonde. La mortalité est considérable.

Quand nous nous trouvons en présence d'une appendicite au début la meilleure pratique est sans contesté l'opération immédiate, c'est l'enseignement actuel et universel de tous les grands maîtres de la chirurgie contemporaine. S'il est encore permis d'hésiter pour les cas légers, nous n'avons pas le droit de tergiverser et d'attendre quand il s'agit d'un cas grave, et voici en résumé les signes sur lesquels nous pouvons nous baser pour reconnaître au début la gravité d'une crise appendiculaire.

La défense musculaire quand elle est considérable, même très localisée.

L'accélération du pouls au-dessus de 100 chez les sujets âgés de plus de dix ans.

Les vomissements acquièrent une très grande valeur quand ils sont fréquents dès le début, et dans les cas où, après avoir cessé pendant quelque temps, ils reprennent avec une nouvelle intensité. Cette dernière circonstance est l'indice certain d'une appendicite destructive.

L'intensité des douleurs a une grande valeur, surtout quand elle n'est aucunement diminuée par l'application de glace et la diète absolue.

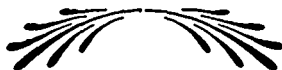
L'élévation de la température est un signe trompeur. Les cas graves sont souvent ceux qui s'accompagnent d'une température basse.

Une *respiration calme*, costo-abdominale, ne préjuge rien ; mais une respiration à type costal, légèrement accélérée est un indice certain de péritonite élevée et étendue.

Le *lénisme vésical* ou miction douloureuse indique de la péritonite péri-vésicale.

L'existence d'un seul symptôme en faveur d'une appendicite perforante, alors que tous les autres parlent pour une appendicite simple et légère, suffit pour imposer une intervention dans les deux heures.

ALBERT PAQUET.



Formulaire du Praticien.

CATARRHE BRONCHIQUE ANCIEN AVEC CONGESTION DES BASES CHEZ UNE FEMME AGÉE

Symptômes. — Expectoration purulente abondante surtout le matin avec quelques crachats fibrineux.

Râles ronflants et sibilants dans toute la hauteur des poumons avec aux bases, submatité, râles fins.

Fièvre légère, irrégulière, 37-38° axillaire.

De temps à autre petites attaques d'asystolie (la zone de congestion s'étend).

TRAITER :

I.—LA BRONCHITE.

1° Inhalations, vaporisations aromatiques, aération, etc.

2° Terpène..... 2 grammes.
Eau de laurier-cerise..... 10 —
Alcool à 90°..... 25 —
Sirop de Tolu..... 100 —
Cognac-vieux. Q. S. pour..... 250 —

Une cuiller à soupe renferme environ 0 gr. 12 de terpène.

Trois cuillers à soupe dans les vingt-quatre heures dans une tasse d'infusion chaude.

3° Ventouses ou sinapismes répétés aux bases.

II.—LE CŒUR DÉFAILLANT.

Sulfate de spartéine..... 0.05 centigr.
Ergot de seigle..... 0.05 —
B. de Tolu..... Q. S.

Pour une pilule n° 20.

Deux pilules par jour.

A. M.

Manière de faire accepter l'huile de ricin.

Huile de ricin..... 30 grammes.
Essence d'anis..... XXX gouttes
Cognac..... 5 grammes.
Saccharine..... 0.25 centigr.

M. s. a.



Sociétés Médicales

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DISTRICT D'ARTHABASKA

La société médicale du district d'Arthabaska a tenu sa dernière réunion à Victoriaville le 4 septembre 1906 dans la salle du Conseil de Ville. Le docteur E. T. Belleau préside.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière assemblée.

Le docteur C. Delage, de Robertson Station, Mégantic, est admis membre de cette Société.

Le Président fait lecture d'une communication de la Société Médicale de Trois-Rivières : Impression d'une pancarte contenant des conseils aux jeunes mères de famille. Après délibération, l'assemblée n'adopte aucune décision et la communication reste sur la table.

Le docteur E. E. Belleau, Président, est nommé délégué de notre société à la commission de "La Tuberculose" devant se réunir à Québec le 26 septembre.

L'assemblée prend en considération l'opportunité d'aider à la formation d'un Bureau Provincial d'examineurs dans la Province. Après discussion, le Secrétaire est chargé d'écrire au docteur L. J. O. Sirois, gouverneur, faisant partie de notre association pour lui dire que la Société le laisse libre d'agir suivant les circonstances.

L'assemblée discute ensuite le cas d'un jeune homme pratiquant la médecine dans notre district sans licence du collège des médecins. Le Secrétaire est prié d'écrire au Dr L. J.

Sirois, gouverneur, pour qu'il travaille à obtenir que ce monsieur passe par la filière ordinaire avant d'avoir une licence.

Le Secrétaire donne lecture d'un travail "Etat de la question" "Tarifs d'assurance." Après discussion l'assemblée adopte la conclusion suivante :

Tout en admettant le bien fondé du principe d'un tarif plus élevé pour les examens médicaux, l'association médicale d'Arthabaska ajourne sa mise en vigueur afin qu'il y ait entente entre tous les médecins de la province.

Ensuite un confrère saisit l'assemblée d'un cas de violation flagrante de Déontologie médicale. La discussion est acerbe. Après bien des pourparlers, le confrère inculpé promet sur son honneur de réparer tel que demandé, la faute commise.

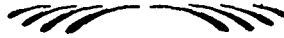
Le Dr Brassard propose, secondé par le Dr Garneau, que la prochaine réunion en janvier, ait lieu à Stanfold. Adopté.

Etaient présents à l'assemblée : messieurs les docteurs Belleau et Blondin, d'Arthabaska, Poulin et Massicotte de Victoriaville, Couture de Tingwick, Brassard et Garneau de Stanfold, Roger de Ste. Julie, Richardson et Desjardins de Ste. Anastasie.

A 6 ½ hrs. P. M. l'assemblée s'ajourne.

O.-E. DESJARDINS, M. D.

Secrétaire



LE SANMETTO DANS LA BLENNORRHAGIE.

Il y a sept ans que j'ordonne le SANMETTO. Il est utile pour faire passer la dernière goutte dans les cas opiniâtres de Blennorrhagie.

St-Louis, Mo.

DR. L. C. McELWEE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE PORTNEUF

(SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1906.)

La séance a lieu à Pont Rouge, dans une des salles du couvent mise gracieusement à notre disposition par la Révérende mère supérieure. La séance s'ouvre à 11 heures a. m. sous la présidence de M. le Dr. Rousseau.

Présents : M. M. les Drs. Rousseau, Dolbec, Paquin, Archambault, Voisard, Desrochers, Boulanger, Larue, Delisle et Savary.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

Proposé par M. le docteur Dolbec, secondé par M. le docteur Desrochers, que M. le docteur Boulanger soit admis membre de la Société. Adopté.

Le Secrétaire donne lecture des communications de l'Association médico-chirurgicale de Joliette, de l'Association médicale de Beauce et de la société médicale de Chicoutimi, fixant à cinq piastres le tarif pour les examens médicaux des personnes désirant se faire assurer dans les compagnies d'assurance, et à deux piastres le tarif des examens dans les sociétés de secours mutuels.

On nous écrit que dans les districts où ce tarif est en vigueur les agents d'assurance se font accompagner par des médecins "ambulants" qui consentent à faire ces examens pour trois piastres et moins.

Nous ne connaissons pas encore la "race des médecins ambulants," mais il paraît qu'elle existe. On assure même qu'elle a pris son origine dans les villes. Ceux qui ont eu l'avantage d'étudier de près quelques spécimens de cette nouvelle

race ont constaté qu'ils ont les mêmes appétits, les mêmes moeurs, les mêmes usages que les charlatans. Ils appartiennent donc au genre " charlatan ".

Au risque d'attirer les médecins ambulants dans nos parages, la Société se propose d'adopter le nouveau tarif, mais il ne viendra en vigueur qu'après la prochaine séance. En attendant, les membres sont libres de l'adopter dès maintenant dans leur clientèle.

Le Secrétaire donne ensuite lecture d'une lettre de la Société médicale de Chicoutimi ainsi que d'un extrait des minutes de cette société, approuvant un projet de loi qui a pour but de réglementer la fabrication et la vente des médecines brevetées.

Le projet de loi auquel fait allusion la Société médicale de Chicoutimi devra être discuté à la prochaine assemblée du Collège des médecins avant d'être présenté au Parlement.

En conséquence, il est proposé et résolu à l'unanimité que le représentant de notre district, M. le Dr. Dolbec, soit prié d'appuyer le projet de loi devant le Collège, dans le sens de la résolution adoptée par la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St Jean.

La Société prend connaissance d'une communication du Dr Laurendeau, Secrétaire de la Société médicale de Joliette, invitant toutes les sociétés médicales à publier leurs rapports dans le même journal de médecine, et à s'abonner au journal ainsi choisi, pour en faire leur organe et en conserver la filière pour l'usage de leurs membres.

Le Secrétaire est prié de répondre à M. le docteur A. Laurendeau, que la société médicale de Portneuf trouve cette mesure trop exclusive, et qu'elle ne peut pas concourir dans le projet de l'Association médicale de Joliette.

La Société s'occupe de choisir son représentant à la Commission de la tuberculose.

Proposé par M. le docteur Dolbec, secondé par M. le docteur Voisard que M. le docteur Thos. Savary soit nommé représentant de la Société médicale de Portneuf à la Commission de la tuberculose. Adopté.

Le Secrétaire donne lecture d'une lettre de M. le docteur F. Fortier, de Ste. Marie, Beauce, membre honoraire, remerciant ses confrères de la Société médicale de Portneuf, pour leur aimable invitation à assister à leur réunion, et regrettant que ses nombreuses occupations ne lui permettent pas "de prendre cette petite vacance".

M. le docteur Thos. Savary lit un message de M. le docteur C. R. Paquin et des autres confrères membres honoraires, de la cité de Québec, souhaitant bon succès aux confrères de Portneuf, et exprimant leurs regrets de ne pouvoir assister à la séance.

Le Dr Thos. Savary lit un travail sur *l'alcoolisme*, dont voici un résumé :

Le conférencier rappelle en quelques mots l'action de l'alcool sur le système nerveux, et insiste surtout sur *l'excitation et la dépression alcoolique*. "Une excitation demandée à titre onéreux à l'organisme est fatalement suivie d'une dépression plus considérable ; telle est l'action fondamentale de l'alcool sur le système nerveux."

Celui donc qui fait abus d'alcool, détruit ses forces, ruine sa santé et désarme son organisme—les cellules phagocytes qui en sont les "défenses mobiles" se trouvent entravées dans leurs fonctions—en présence de la maladie.

Tous les médecins connaissent la facilité avec laquelle les sujets alcooliques prennent la pneumonie, qui est une maladie infectieuse, et la facilité avec laquelle ils succombent à cette maladie. Lorsqu'une épidémie éclate, que ce soit la fièvre typhoïde, la variole ou le choléra, ce sont toujours les alcooliques qui sont les premiers atteints par le germe morbide.

La tuberculose, qui est la plus meurtrière de toutes les maladies, est aussi engendrée par un microbe.

Tous les phthisiographes ont signalé le rôle de l'alcool dans l'étiologie de cette maladie.

“ Le facteur le plus important qui intervient pour créer la réceptivité acquise, est incontestablement celui que créent les écarts de régime, parmi lesquels l'alcoolisme tient la première place.—(Brouardel, Lutte contre la tuberculose.)

L'abus de l'alcool est aussi la cause directe et efficiente d'un certain nombre de maladies, telles que gastrites, cirrhoses hépatiques, néphrites, bronchites, laryngites, cardiopathies, athérome, etc.

L'alcool a une prédilection marquée pour le système nerveux. Les alcooliques ont des troubles de l'intelligence qui, poussés à l'extrême, deviennent de la folie, de la démence ; des troubles de la mobilité, qui, poussés à l'extrême, deviennent de la paralysie du mouvement ; des troubles de la sensibilité qui, poussés à l'extrême, deviennent de la paralysie de la sensibilité.

Les effets déplorables de l'alcoolisme se font sentir jusqu'à la progéniture. “ L'alcoolisme engendre des dipsomanes ou des épileptiques ;—ceux-ci des dégénérés ou des fous,—lesquels à leur tour, procréent des idiots.” (Dr. Proger.)

L'alcoolisme est le fléau moderne par excellence : c'est lui qui multiplie les crimes, les vols, les suicides, les assassinats, qui peuple les hospices des aliénés et encombre les hôpitaux. Aussi Gladstone a eu raison de dire que : “ L'alcool fait, de nos jours, plus de ravages que ces trois fléaux historiques : la famine, la peste et la guerre. Plus que la famine et la peste, il décime ; plus que la guerre, il tue ; il fait plus que tuer : il dés honore.” Les conclusions pratiques à tirer des données scientifiques qui précèdent sont nombreuses. Occupons-nous de celles qui inté-

ressent le médecin. Toutes les liqueurs distillées que le commerce et l'industrie ont répandues avec tant de profusion de nos jours, contiennent en outre de l'alcool éthylique, des alcools inférieurs, tels que l'alcool méthylique, l'alcool propylique, l'alcool amylique, tous plus toxiques les uns que les autres. De ces alcools, le médecin ne doit jamais en prescrire. Les boissons fermentées : bière, vin, contiennent une petite quantité d'alcool, et peuvent être prescrites avec sagesse et discrétion. L'esprit-de-vin ou alcool éthylique, qui est aujourd'hui très rare, peut être prescrit comme médicament dans certaines maladies, mais exceptionnellement.

“ Le grand principe des sociétés, a dit quelqu'un, n'est pas la *liberté*, mais la *solidarité*. Un peu plus, un peu moins, nous sommes tous responsables, dans une certaine mesure, des désordres et des crimes dus à l'alcoolisme.

N'avons-nous pas encouragé l'usage de l'alcool, par notre imprudence à prescrire sans nécessité des liqueurs alcooliques ? Soyons prudents à l'avenir, et donnons l'exemple en nous privant nous-mêmes de boissons alcooliques.

Le Dr. G. Paquin lit un travail qui a pour titre : “ *De l'influence des sociétés médicales de districts sur le progrès intellectuel, moral et scientifique.* ”

Voici un faible résumé de ce magnifique travail :

L'organisation des sociétés médicales de districts date depuis peu d'années, et déjà elle a donné des fruits.

Autrefois le médecin à la campagne vivait isolé et était abandonné à ses seules forces et à ses seules consolations qui, bien souvent, il faut l'avouer, étaient nulles.

Mais aujourd'hui grâce à ces réunions fraternelles, il est plus encouragé à l'étude, se montre plus fidèle observateur du Code de déontologie médicale, sait apprécier davantage les maîtres de la science dont le pays s'honore à juste titre, et pro-

fit plus souvent de leurs sages conseils et de leur expérience.

Les sociétés médicales ont aussi relevé le niveau de la profession et ont donné au médecin l'influence sociale à laquelle il a droit. " Le médecin est aujourd'hui considéré comme l'intermédiaire obligé, le dépositaire des connaissances du jour, l'aviseur du gouvernement et le conseiller du public dans la sauvegarde du plus beau capital : *la santé.*"

Si les sociétés médicales de districts savent coordonner leurs efforts—c'est en se groupant autour de l'Association Médicale de langue française de l'Amérique du Nord, et en travaillant de concert avec cette Association qu'elles arriveront à ce but—elles pourront :

1° Diminuer, si non enrayer l'alcoolisme, cette plaie sociale qui gangrène nos populations ;

2° Diminuer d'une manière sensible les ravages de la tuberculose qui, chaque année fait au-delà de 3000 victimes dans la province de Québec ;

3° Exiger que toute municipalité ait un Bureau de Santé composé d'hommes dévoués et amis du progrès, qui veilleront à l'observance des lois d'hygiène ;

4° Dieter aux compagnies d'assurance et aux sociétés de secours mutuels un tarif raisonnable qu'elles seront forcées d'accepter.

5° Faire adopter par la Chambre des Communes un projet de loi tendant à régler d'une manière satisfaisante la fabrication et la vente des médecines brevetées.

6° Protéger la profession médicale contre les soi-disant irréguliers qui vont chaque année s'imposer à la Législature, et frapper à la porte du Collège des médecins et chirurgiens, "pour extorquer une licence qui, une fois obtenue leur permettent de donner libre cours à leur charlatanisme éhonté et se plaire à ex-

exploiter la crédulité de notre population rurale et discréditer notre belle profession.”

“C'est ainsi que nous aurons embelli nos familles, fortifié la vitalité de notre race, protégé la religion et contribué pour beaucoup à relever le niveau moral et intellectuel de notre beau pays qui avance rapidement dans la voie du progrès, à tel point qu'il sera appelé avant longtemps à prendre une place enviable parmi les nations.”

Des remerciements sont votés aux conférenciers et la séance est levée.

THOS. SAVARY,
Secrétaire-conjoint.



RIEN NE SAURAIT LE REMPLACER

Il n'y a rien d'étonnant dans ce fait que le SANMETTO ait beaucoup de partisans parcequ'il est un médicament de toute sécurité.

D'après mon expérience rien ne saurait le remplacer. Le SANMETTO raisonnablement employé donnera toujours des résultats satisfaisants.

En m'exprimant de cette manière je ne veux pas dire que le SANMETTO est un médicament spécifique dans toutes les affections génito-urinaires, je n'insiste que sur ce fait que le SANMETTO employé dans les cas où il est indiqué donne toujours de bons résultats.

St. Louis, Mo.

DR. T. A. HOPKINS,
Diplomé en 1894, etc.

ASSOCIATION MEDICO-CHIRURGICALE DU
DISTRICT DE JOLIETTE

(SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1906)

Membres présents.—Messieurs les Docteurs A. Labrèche, St-Roch l'Achigan ; Edgard Turgeon, St-Jean de Matha ; G. Desrosiers, St-Félix de Valois ; J. O. Gadoury, Berthierville ; J. Ad. Magnan, Joliette ; J. A. Barolet, Joliette ; Joseph Marion, Joliette ; Joseph Lippé, St-Ambroise de Kildare ; A. M. Rivard, Joliette ; J. E. Paquin, St-Didace ; J. O. Beaudry, St-Jacques l'Achigan ; J. C. Bernard, Joliette ; Joseph Mélançon, St-Ligouri ; J. P. Laporte, Joliette ; Henri Archambault, St-Gabriel de Brandon ; Eugène Landry, St-Barthélemy ; Siméon Martineau, Lavaltrie ; J. A. Magnan, Ste-Elizabeth ; L. A. Masse, St-Thomas ; Adrien Bonin, Joliette ; J. A. Paquet, Ste-Elizabeth ; Téséphore Morin, St-Lin ; Philippe Désy, St-Barthélemy ; P. V. Lavallée, St-Félix de Valois ; J. J. Sheppard, Joliette ; G. H. Martineau E. E. M. ; Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon.

L'importruce de la dietetique dans le traitement des maladies.—Monsieur le Dr. C. N. Valin de Montréal, donne une conférence sur ce sujet, et a su conserver l'attention de tous les membres présents pendant deux heures et demie. Le conférencier dit que ce sujet est trop vaste pour pouvoir être traité en entier, en une seule causerie ; qu'il a choisi ce qu'il y a de plus utile, de plus pratique dans cette importante branche de la médecine. Après avoir défini la diététique, M. Valin définit les bases scientifiques sur lesquelles elle s'appuie ; puis, fait une revue des régimes généraux, tels que : régime lacté, déchloruré,

hypoazoté, hyperazoté ou carné, et réminéralisateur; enfin il appuie d'avantage sur les régimes spéciaux, parmi lesquels il a choisi les plus utiles au médecin et au chirurgien, tels que : régimes des fiévreux, des convalescents, des tuberculeux, des brightiques, des dyspeptiques. Puis le conférencier ajoute : " J'ai laissé de côté les régimes spéciaux de l'arthritisme, du " rhumatisme, de la lithiase biliaire et renale, de l'obésité, des " dermatoses inflammatoires, parce que cela dépasserait le cadre " d'une seule conférence. De même, j'ai dû mettre de côté le régime lacté de l'enfance qui, a lui seul exigerait une conférence " d'une heure."

Monsieur le docteur Lavallée de St-Félix de Valois, félicite chaleureusement M. le Dr Valin au sujet de son travail à la fois extrêmement instructif et intéressant, et offre au nom de tous les membres, des remerciements sincères à M. le Dr Valin.

Monsieur le Dr A. Laurendeau, ajoute que, si les comparaisons n'étaient pas si souvent odieuses, il dirait que c'est la plus intéressante conférence que nous ayons eue depuis la réorganisation de notre société.

L'Association décide de faire distribuer à chacun de ses membres une copie de la conférence de Monsieur le Dr. Valin, dès que ce travail aura été publié par l'un de nos journaux médicaux.

Monsieur le Dr. Bernard se charge de faire imprimer et photograver les tableaux synthétiques qui accompagnent cette intéressante conférence, et d'en faire la distribution aux membres de l'Association.

* * *

Re. Charlatans.—Monsieur le Président fait rapport qu'il y a actuellement quatre actions pendantes, dont l'une contre Farley, une autre contre Dupuis et les deux dernières contre

Mirault. Puis il ajoute qu'il vient d'être informé que le rebouteur Mirault, par l'organe de ses avocats, propose le règlement suivant : Il paiera tous les frais des deux actions et la somme de \$50.00 à l'Association, étant une demie amende pour chaque cas.

Quelqu'un fait remarquer que les *amendes* de Monsieur Mirault ne sont pas des *philippines* ; et l'assemblée rejette unanimement ces propositions.

Dans tous les cas, les procédures devront se faire incessamment.

Re. Tarif des Compagnies d'Assurances.—Le Secrétaire lit une lettre de M. le Dr. Paquet, de Ste. Elizabeth dans laquelle ce dernier déclare avoir reçu à diverses époques depuis notre dernière réunion, la somme de \$60.00 de la Sauvegarde pour douze examens médicaux. Chacun de ces risques était de \$1000.00 ou \$2000.00. M. le Dr. Paquet, présent, confirme ces faits.

M. le Dr. Lavallée St. Félix de Valois dit que la New-York Life lui a payé dans le mois dernier \$5.00 pour un examen. Montant de l'assurance \$3000.00.

Monsieur le Dr. Landry de St. Barthélemy confirme le fait que la Sauvegarde paye \$5.00 à ses médecins examinateurs, puisqu'elle lui a accordé ce montant tout dernièrement au sujet d'un examen qu'il a fait pour cette compagnie. Montant \$1000.

Monsieur le Dr. Rivard de Joliette, déclare qu'il a fait deux examens pour l'Aetna il y a environ deux mois, et qu'il a reçu \$10.00 pour ce travail. Ces risques étaient inférieurs à \$5000.

Monsieur le Dr. Paquin de St. Didace, nous informe que le 9 janvier 1906, il a fait deux examens pour la Home Life Ass. et qu'il a reçu \$10.00 pour ces deux examens. Montant \$1000. chacun.

Monsieur le Président est heureux de constater que nos ef-

forts auprès des compagnies d'assurance pour obtenir un réajustement équitable de nos honoraires, sont sur le point de réussir. —Et il ajoute : “ Les divers témoignages rapportés ici à ce
 “ sujet en sont une preuve, et me sont particulièrement sensi-
 “ bles. J'invite notre secrétaire, tous les adhérents à notre As-
 “ sociation, de même que tous les membres de la profession mé-
 “ dicale de la Province, à persévérer dans la voie qui a été adop-
 “ tée par le presque-unanimité de nos sociétés médicales.

“ Je vous dirai avec orgueil, Messieurs que notre Associa-
 “ tion ne se contente pas seulement de lutter ici sur notre terri-
 “ toire, lutte quasi défensive ; mais à l'instar des anciens Ro-
 “ mains, nous avons porté la guerre chez les Carthaginois, c'est
 “ à-dire chez les Américains. Notre secrétaire me passe un ar-
 “ ticle du “Wisconsin medical recorder” qu'il me fait plaisir de
 “ vous communiquer, et je suis informé qu'une série de petits
 “ articles analogues paraîtront de temps à autre dans l'American
 “ Journal of Clinical medicine, (Chicago), dans le New-York
 “ Medical Journal, de même que dans nos journaux médicaux
 “ anglais de Montréal et de Toronto.

“ *Physicians fees for examinations for Life Insurance Com-
 “ panies in the Province of Quebec.*—A few years ago, most all
 “ the Life Insurance companies of North America, used to pay
 “ to physicians, \$5.00 per examination. Since the recent inqui-
 “ ries about the administration of the companies, which has shown
 “ wasting, and lots of enormous wrong, expenses, &., the compa-
 “ nies, having decided to economize, began by cutting down the
 “ physicians' fees to \$3.000.

Actually, a considerable work is going on, in the province of Québec, against this decision of the insurance companies. About a year ago, the medical Association of the district of Joliette, adopted to unanimity, the following resolutions :

“ Any physicians of this district will not make any exami-

“ nation for the insurance companies for less than \$5.00, and “ for the Mutual secur Society, less than \$2.00.” And nine medical associations, which cover mostly all the province of Quebec, have adopted resolutions alike.

These medical associations are : Sherbrooke Médical Society, Wolfe Medical Society, Beauce Medical Society, Portneuf Medical Society, Terrebonne Medical Society, Shefford Medical Society, Chicoutimi Medical Society, Lac St. Jean Medical Society, and Three Rivers Medical Society. The “ French Language “ Physicians’ Congress ” held at Three-Rivers, on the 26, 27, 28 of June last, 1906, examined that question and adopted resolutions to support the movement begun by the associations. Even more, the Board of Governors of the College of Physicians and Surgeons of the province of Quebec, seized that question at the assembly of the 4th. of July, 1906, and postponed its study to September next.

ALBERT LAURENDEAU M. D. SEC. TRES.

Ass. Méd. Chir. du district de Joliette.

Re. Tarif des sociétés de secours mutuels.—Considérant que la société des Artisans est à peu près la seule parmi les sociétés de secours mutuels qui refuse de payer \$2.00 par examen médical à ses médecins, il est proposé par le Dr. Landry, secondé par le Dr. Martineau, que copie de la résolution re. tarif des examens médicaux pour les sociétés de secours mutuels”, adoptée par l’Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette le 11 septembre 1905, soit envoyée au Bureau central de la société des Artisans ; et que copie de la présente résolution soit aussi envoyée à toutes les sociétés médicales de la province. Adopté.

Re Médecines brevetées.—Lecture d’une lettre de l’Honorable Premier Ministre Sir Wilfrid Laurier, accusant réception des résolutions de l’Association, re. médecines brevetées, 11 Juin 1906, et disant qu’elles seront prises en considération.

Lecture de la lettre suivante de M. le notaire J. E. Archambault, député de Berthier au fédéral :

St. Gabriel de Brandon, 19 Juillet 1906.

Monsieur le Dr. Laurendeau, Sec. Ass. Méd. Joliette

Monsieur le Secrétaire,

J'ai bien reçu votre lettre du 31 mars dernier, relative à un projet de loi tendant à régler les médecines patentées. J'ai même suivi ce projet de loi devant le comité chargé de l'étudier je vous demande bien pardon du retard à répondre à cette lettre de vous : " Mieux vaut tard que jamais " dit le proverbe, et alors, laissez moi vous dire que j'approuve pleinement ce projet de loi.

Ces médecines patentées sont employées par tout le monde d'une manière générale, et la plupart du temps, la même médecine est employée comme remède universel.

Il n'est pas nécessaire je crois, surtout parlant à des médecins éminents, d'appuyer sur les avantages qu'il y aura pour tout le monde de savoir les qualités et quantités des matières qui composent ces médecines. Le public en userait avec connaissance de cause, et nos médecins pourraient mêmes les recommander, ce qui ferait l'a.7 re et des inventeurs et du public.

Ainsi je vous déclare que je suivrai le projet de loi dans ses phases, et s'il n'en dépend que de moi, chaque remède patenté indiquera ce qu'il contient à sa face même, comme l'indique toute prescription de médecin.

Votre tout dévoué,

J. E. ARCHAMBAULT.

Monsieur le Secrétaire fait remarquer que M. le député de Berthier exprime au sujet de cette question une opinion analogue à celle de M. le député Dugas, et il l'en félicite.

Il est regrettable que M. le député Dubeau, n'ait pas jugé à propos d'émettre une opinion à ce sujet, ni même d'accuser

réception des résolutions de l'Association, son opinion fût-elle défavorable aux vues unanimes de la profession dans ce district.

Quant à Monsieur Charlemagne Laurier, il est à supposer que la maladie grave dont il souffre depuis assez longtemps déjà, l'a empêché de s'occuper d'affaires, pouvant lui imposer un travail.

Proposé par N. le Dr. Beaudry de St-Jacques, secondé par M. le Dr. Lavallée de St-Félix de Valois : Que les membres de l'Association approuvent entièrement les vues exprimées par M. le député de Berthier, dans sa lettre du 19 juillet, et lui offrent des remerciements sincères pour l'expression publique de ses opinions. Adopté.

Nomination d'officier rapporteur aux prochaines élections des gouverneurs du bureau provincial.—L'Association recommande M. le Dr. A. M. Rivard de Joliette à charge.

Election des Officiers.—Monsieur le Dr. Beaudry de St-Jacques, est nommé président ; M. le Dr. Bernard de Joliette, vice-président ; et M. le Dr Albert Laurendeau de St-Gabriel de Brandon, secrétaire-trésorier. Le comité de régie est composé de MM. les Drs. Lippé de St-Ambroise, et Martineau de Lavaltrie. MM. les Dr. Lavallée, Turgeon, J. O. Gaboury et Joseph Marion sont nommés membres du tribunal de discipline La commission re. charlatans, est formée de MM. les Dr. Bernard, Rivard et Sheppard.

M. le Dr. Beaudry remercie les membres de l'Association de l'honneur qui lui est fait et propose secondé par M. le Dr. Archambault, qu'un vote de remerciement soit offert aux officiers sortant de charge. Adopté.

Le secrétaire-trésorier fait rapport que actuellement les fonds de l'Association se montent à la somme de \$200.00.

Et la séance est ajournée au 10 décembre prochain. Les membres se réuniront à Joliette à l'hôtel Commercial à 1 heure p. m.

MOUVEMENT CHIRURGICAL A L'HOTEL-DIEU DE
QUEBEC, PENDANT LE MOIS D'AOUT 1906.

Chirurgie de la tête et du cou.

- 1° Plaie du cuir chevelu, 1. Désinfection, suture et injection de sérum antitétanique ;
- 2° Kyste sébacé de la joue gauche, 1. Ablation.
- 3° Epithélioma de la lèvre inférieure, côté gauche, 1. Ablation.
- 4° Epithélioma de la langue sur la partie moyenne du bord gauche, 1. Ablation.
- 5° Récidive épithéliomateuse de la joue, 1. Ablation.
- 6° Ganglions tuberculeux suppurés du cou, 1. Injection d'éther iodoformé.
- 7° Ganglions rétro-maxillaires de nature inconnue, 1. Ablation.

Chirurgie de la paroi thoracique.

- 1° Cancer du sein gauche, 1. Amputation du sein, enlèvement des muscles, évidement de l'aisselle.
- 2° Cancer ulcéré du sein gauche avec adhérences costales, 1. Ablation de la partie ulcérée.
- 3° Abscess au sein gauche chez un homme, 1. Ouverture.

Chirurgie du membre supérieur.

- 1° Doigts coupés, mains écrasées, 3. Désinfection, suture.
- 2° Phlegmon de la main droite qui a originé sur l'annulaire, 1. Ouverture.
- 3° Rétraction aponévrotique du petit doigt de la main droite, 1. Amputation du doigt.

4° Tuberculose du coude droit, traitée par les injections d'éther iodoformé pendant huit mois sans amélioration. Plusieurs fistules donnent issue à une grande quantité de pus, on pratique un curettage mais sans succès.

5° Fracture de l'humérus au niveau du tiers moyen, 1. Appareil plâtré d'Hennequin.

6° Lipome siégeant sur l'épaule droite, 1. Ablation à la cocaïne.

Chirurgie de l'abdomen.

1° Hernies inguinales, 4. Cure radicale par le procédé de Bassini.

2° Hernie inguinale double, 1. Cure radicale.

3° Hernies crurales étranglées, 2. Cure radicale, dont l'une à la cocaïne.

4° Utérus fibromateux et adhérences intestinales, 1. Laparatomie exploratrice ; les adhérences étant trop étendues pour permettre une hystérectomie.

5° Éventration pendant un effort de toux, dix jours après une laparatomie ; la plaie ayant été décousue le 9ème jour, 1. Suture en masse de la paroi au crin de Florence.

6° Péritonite aigue par rupture des voies biliaires et de l'intestin pendant la migration d'un calcul dans le canal cystique, 1. Laparatomie et drainage.

7° Kyste hémorrhagique du pancréas avec pancréatite. 1. Laparatomie, marsupialisation et tamponnement à la Mickulicz.

8° Appendicite : cinq cas à froid ; deux pendant l'accès dont 1 au bout de 24 heures et l'autre au bout de douze jours, avec un immense abcès. Appendicectomie, drainage pour six cas.

Chirurgie des organes génitaux-urinaires

1° Métrite et col conique, 2. Dilatation du col et curettage.

2° Métrite hémorrhagique, 1. Curettage.

3° Epithélioma de la vulve, sur la grande lèvre gauche, 1. Ablation.

4° Ovaires scléro-kystiques, 2. ovariectomie double.

5° Ovaires kystiques et métrorrhagies, 1. Hystérectomie totale.

6° Ovaires kystiques et rétroversion, 1. ovariectomie double.

7° Kyste de l'ovaire avec adhérences péri-utérines, 1. Hystérectomie totale.

8° Kyste de l'ovaire et salpingite, 1. ovariectomie double et salpingectomie droite.

9° Kyste de l'ovaire gauche, 1. ovariectomie gauche.

10° Kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, 1. ovariectomie droite.

11° Kyste du ligament large, coté droit, à pédicule tordu, 1. Hystérectomie sub-totale.

12° Salpingite et fibromes utérins, 1. Hystérectomie sub-totale et tamponnement à la mickulicz.

13° Salpingite double et appendicite, 1. Salpingectomie et appendicectomie, drainage du cul-de-sac postérieur.

14° Rétroversion, 1. Hystéropexie.

15° Prolapsus utérin, 1. Curettage, amputation de la lèvre antérieure du col, colpo- périnéorrhaphie, suspension.

16° Grossesse, 1. Laparotomie exploratrice.

17° Hypertrophie de la prostate, 1. Prostatectomie sus-pubienne, par voie endo-vésicale.

18° Calcul vésical, 1. Cystotomie sus-pubienne.

19° Hydrocèle gauche, 1. Ponction et injection de teinture d'iode.

20° Varicocèle; 1. Résection du scrotum.

21° Tuberculose de l'épididyme, 1. Injection d'éther iodoforme.

Chirurgie de l'anus et du rectum.

1° Hémorroïde, 2. Dilatation anale et ablation au thermocautère.

2° Fissure anale, 1. Délattation anale.

3° Fistules anales, 1. Débridement et cautérisation au thermocautère.

Chirurgie du membre inférieur.

1° Corps étrangers du pied, 3. Extraction après localisation aux Rayons X.

2° Plaies de la fesse, 1. Désinfection, embaumement, suture.

3° Fracture ouverte du tiers inférieur de la jambe, 1. Désinfection, résection osseuse et gouttière plâtrée d'Hergott.

4° Ablation d'un fil métallique après guérison d'une fracture de la rotule.

5° Ongles incarnés, 2. Ablation totale des ongles et ablation des parties latérales des matrices.

6° Fracture du tiers moyen de la jambe, 1. Plâtre.

7° Abscess froid de la cuisse à la partie supérieure de la région antéro-externe, à la suite d'un mal de Pott lombo-dorsal, 1. Ponction et injection d'éther iodoformé.

8° Furoncle à la partie inférieure de la cuisse, coté interne, 1. Ouverture au thermocautère.

9° Nécrose d'un fragment osseux de la première phalange du gros orteil à la suite de traumatisme, 1. Ablation du séquestre.

10° Genu valgum chez un enfant de 3 ans, 1. Appareil plâtré.

11° Tuberculose du genou, 3. Amputation de la cuisse.

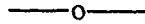
12° Ankylose du genou, 1. Résection cunéiforme du genou.

13° Lipome sur la face interne de la cuisse région moyenne, 1. Ablation.

Total : quatre-vingt-un malades. Sur ce nombre trois sont morts ; un souffrant de péritonite aigue, l'autre de kyste hémorrhagique du pancréas et l'autre de salpingite et appendicite. Le cas de tuberculose du coude n'est pas amélioré.

Les autres malades sont guéris ou en voie de guérison ; quelques-uns encore sous traitement à l'hôpital.

DR. ACHILLE PAQUET,
Médecin-Interne, Hôtel-Dieu.



TECHNIQUE DU TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES

Par F CALOT, chirurgien en chef de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. 1 vol. grand in 8°, de 274 pages, avec 192 figures dans le texte. (MASSON ET CIE, ÉDITEURS).....7 fr.

Tous les praticiens ont, dans leur clientèle, à soigner des tumeurs blanches. Dans l'ouvrage que nous annonçons, le Dr Calot leur indique le meilleur traitement, efficace et pratique à la fois, des tumeurs blanches en général et de chaque cas en particulier. Il expose la technique de ce traitement, entrant dans les plus petits détails, de manière à aplanir la route à chaque pas et à conduire le médecin, comme par la main, du commencement à la fin de la maladie. S'appuyant sur son expérience personnelle des diverses méthodes thérapeutiques, l'auteur préconise par-dessus tout les injections intra-articulaires qui, par leur efficacité, leur bénignité, leur facilité d'exécution, sont le traitement de choix des tumeurs blanches, le plâtre seul ou les opérations sanglantes devant rester des traitements d'exception.

Cet ouvrage est écrit dans le même esprit pratique que ses deux devanciers sur la coxalgie et la luxation congénitale de la hanche. L'exposition est simple et précise ; le nombre et la netteté des figures ajoutent encore à la clarté du texte. Avec un pareil guide, tout médecin pourra, sans crainte de s'égarer, aborder désormais le traitement des tumeurs blanches et arriver à rendre au malade un membre toujours très utile et souvent même complètement normal.

Revue des Journaux

ETUDE DE DEUX CAS DE LONGUE SURVIE, HUIT ANS ET SIX ANS, CHEZ DES MALADES OPERES DU CANCER DE L'ESTOMAC.

Par MM. G. HAYEM et R. BENSUAUDE.

Les observations de longue survie dans le cancer de l'estomac ne sont pas encore assez fréquentes pour ne pas mériter d'être publiées.

Généralement, ces publications sont faites par des chirurgiens qui, se plaçant à leur point de vue spécial, se préoccupent surtout de la technique et de la gravité opératoires et des résultats globaux.

Nos deux observations concernent des malades opérés, l'un il y a huit ans et deux mois, par M. Tuffier, l'autre il y a cinq ans et onze mois, par M. Hartmann.

Chez le premier, homme de 41 ans, la portion réséquée de l'estomac, infiltrée de cancer ne mesurait pas moins sur la pièce, après macération dans le Müller, de 15 centimètres environ dans tous les sens. Histologiquement il s'agissait d'un épithélioma alvéolo-trabéculaire à cellules cylindriques.

Dans le deuxième cas, celui d'une femme de 57 ans, la résection a porté sur le pylore, une partie de l'estomac et un centimètre et demi du duodénum. Le pylore était occupé par une tumeur saillante présentant une ulcération irrégulière à son extrémité stomacale.

La tumeur pylorique était constituée par un épithélioma alvéolaire à cellules atypiques pénétrant jusque dans la sous-séreuse.

* * *

Deux questions s'imposent tout d'abord : 1° Nos malades avaient-ils réellement un cancer ? 2° Sont-ils définitivement guéris et à l'abri de toute récurrence ?

La nature cancéreuse de l'affection, déjà évidente par l'évolution clinique de la maladie, ne pouvait plus être mise en doute après l'examen macroscopique et microscopique des pièces anatomiques.

D'ailleurs, nos observations ne sont pas isolées dans la science, et parmi les faits accompagnés d'un examen histologique indiscutable nous pouvons citer ceux de Kocher (survie de seize ans et de onze ans), de Kümmel (survie de onze ans), de Roux (survie de neuf ans et quatre mois), de Mikulicz (survie de huit ans et demi), de Krönlein (survie de huit ans), de Czerny (survie de sept et huit ans), de Chaput (survie de cinq ans) et enfin un deuxième cas de M. Hartmann resté sans récurrence depuis plus de six ans.

* * *

Ces longues survies correspondent-elles à des guérisons définitives ?

Il est d'autant plus difficile de répondre à cette question que dans certains cas on a vu une récurrence survenir à une époque très éloignée de l'intervention, au bout de trois ans et demi, de cinq ans.

Si l'opéré du cancer est menacé d'une récurrence pendant toute son existence, la probabilité de la récurrence diminue cependant à mesure qu'on s'éloigne de la date de l'opération.

On est en droit de croire à la possibilité d'une cure radi-

cale quand on voit des survies de six et huit ans comme chez nos malades.

Leur état général est actuellement excellent. Tous les deux ont augmenté de poids. Ils sont gais, bien portants et ont repris leurs occupations. Il n'y a pas de leucocytose et le sang a repris les caractères de la normale. Les malades tolèrent la plupart des aliments sans éprouver de troubles gastriques. L'examen de l'estomac ne révèle rien pouvant faire soupçonner une récidive.

*
* *

Pouvait-on prévoir chez nos malades la longue survie?— Chez tous les deux, la résection complète du cancer avait pu avoir lieu et la section passait en plein tissu sain. Malgré l'étendue déjà considérable des lésions cancéreuses, l'envahissement ganglionnaire faisait totalement défaut dans notre première observation, tandis que dans la seconde, sur trois ganglions examinés, un seul, situé au niveau de la petite courbure, présentait des lésions néoplasiques.

Le type histologique était *à priori* également favorable. Si on lit à ce point de vue les statistiques de Bornmann, on remarque que presque tous les cancers colloïdes ont eu rapidement une évolution fatale, tandis que les cancers qui ont donné les plus grandes survies appartiennent à l'épithélioma alvéolaire (cas de Mikulicz, de cinq ans et demi, de cinq ans trois quarts). Le cas de Kocher, de seize ans de durée, intitulé: épithélioma cylindrique, appartient probablement aussi à cette catégorie.

Dans ce dernier cas, la musculaire était intacte, tandis que dans notre deuxième observation les couches profondes de la paroi stomacale, surtout la sous-séreuse, étaient complètement envahies.

Mais, si ces constatations anatomiques faites après l'opération pouvaient faire espérer une issue favorable, il n'en était

plus de même de l'évolution de la maladie et de l'état des malades au moment où cette opération a été exécutée.

Dans les deux cas, le diagnostic clinique avait pu être fait avec certitude bien avant l'intervention opératoire. L'un de nos malades avait un cancer du pylore, c'est-à-dire la forme chirurgicale par excellence, tandis que celui qui jusqu'à présent offre la plus grande survie présentait, au contraire, une forme anémique sans sténose du pylore et sans tumeur appréciable, forme peu favorable à une opération.

L'intervention, bien que non exécutée d'une façon précoce, a donné une survie de six ans et huit ans. Les malades sont actuellement dans un état de parfaite santé, et tout porte à croire qu'ils sont définitivement guéris.

L'enseignement qui découle de ces deux observations, c'est que le cancer de l'estomac peut être guéri par une opération, même quand les symptômes cliniques sont évidents et qu'il y a une tumeur palpable ou des signes d'anémie cancéreuse. (*XVe Congrès internat. de médecine, Lisbonne, avril 1906.*)



LE SANMETTO DANS L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ET L'URÉTRITE CHRONIQUE.

J'ai employé le SANMETTO avec des bons résultats. Un de mes malades, un homme âgé de 85 ans, souffrant de l'hypertrophie prostatique fut notablement amélioré. Le SANMETTO rend également des bons services dans l'urétrite chronique.

New Albany, Ind.

DR. TOM. C. NEAT.

LES PANSEMENTS VAGINAUX

Les pansements vaginaux sont destinés à porter des agents médicamenteux à la surface du vagin et au col de l'utérus. On se sert d'un disque de coton hydrophile ou de gaze iodoformée serrés dans leur milieu à l'aide d'un fil de soie aseptique : le tout est appliqué à l'aide d'une pince contre le col, le fil de soie pendant au dehors, afin que la malade puisse retirer le tampon au moment voulu. Un autre tampon placé dans le vagin maintiendra le premier ; au bout de vingt-quatre heures, on les retire et on les replace. Si l'on use d'un liquide, il sera toujours préférable d'exprimer fortement le tampon, de façon que l'excès de liquide n'exerce pas d'action caustique sur les parois vaginales. Cette précaution est surtout nécessaire quand on emploie la teinture d'iode ou le perchlorure de fer.

Un autre mode de pansement consiste à utiliser les ovules médicamenteux à base de glycérine : la glycérine fond sous l'influence de la chaleur, et la substance médicamenteuse se met directement au contact du vagin et du col utérin.

Un tampon d'ouate ou de gaze maintient l'ovule en place.

Les substances destinées aux pansements vaginaux sont multiples. Citons surtout la glycérine neutre, le tannin, l'iodoforme, l'ichtyol, le thiol.

La glycérine pure possède des propriétés hygroscopiques qui pompent les sécrétions et donnent lieu à un écoulement muqueux momentané : d'ordinaire, on l'associe au tannin :

Glycérine.....	50 grammes
Tannin.....	10 —

Usage externe.

Le mélange avec l'iodoforme est courant :

Iodoforme.....	5 grammes
Glycérine.....	50 —

Préférable est l'ichtyol, qui active les résorptions inflammatoires mieux que tous les autres médicaments. C'est le tonique des périmétrites subaiguë et chronique, de la métrite chronique, des érosions du col, des inflammations des ovaires et des trompes.

Ichtyol.....	5 grammes
Glycérine.....	50 —

Le thiol possède les mêmes vertus que l'ichtyol ; il possède sur lui la supériorité d'être dépourvu d'odeur, amène une résorption rapide des exsudats, calme les douleurs (Labadie-Lagrave et Leguen), ce qui n'est pas le cas pour l'ichtyol. C'est une poudre soluble dans l'eau, l'éther, la glycérine, l'alcool. On l'emploie aux mêmes doses que l'ichtyol :

Thiol.....	5 à 10 grammes
Glycérine.....	50 —

En outre, les taches faites par le thiol disparaissent très facilement après un lavage à l'eau tiède savonneuse.

FORMULE

Elixir dentifrice :

Acide salicylique.....	5 grammes
Chloroforme	10 —
Teinture de benjoin.....	20 —
Alcool de menthe.....	200 —
Teinture de cannelle.....	XXX gouttes

M.—Us ext.

Deux cuillerées à café dans un verre d'eau.