

LE
BULLETIN MÉDICAL
 DE
QUEBEC

(Publié sous la direction de la Société Médicale de Québec.)



Indocti discant et ament
meminisse periti.

COMITÉ DE RÉDACTION

M. Ahern,
 L. Catellier
 N. A. Dussault
 R. Fortier
 A. Hamel
 Eug. Mathieu
 L. J. A. Simard

A. G. Belleau
 P. Coote
 P. V. Faucher
 L. O. Gauthier
 Alb. Jobin
 C. R. Paquin
 Art. Simard

M. D. Brochu
 F. X. Dorion
 L. N. J. Fiset
 S. Grondin
 Alb. Marois
 A. Rousseau
 Edwin Turcot

Art. Vallée

Charles Verge

SECRÉTAIRES DE LA RÉDACTION } C. R. PAQUIN
 P. V. FAUCHER

ADRESSEZ TOUT CE QUI CONCERNE

L'administration et la Rédaction

“ TIROIR NO. 3, FAUBOURG ST-JEAN ”

QUEBEC

IMPRIMERIE DU PATRONAGE

62, CÔTE D'ABRAHAM.

1899.

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.

- La technique des autopsies*, par A. MAROIS..... 57
Epistaxis, par N. A. DUSSAULT..... 60

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX.

- Le traitement des hernies inguinales chez l'enfant*, par M. BROCA..... 61

REPRODUCTION.

MÉDECINE.

- Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire*..... 67
Syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique..... 69
Influence de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux.. 70
Jeûne dans le traitement des maladies infectieuses..... 71
De la pepsine dans les brûlures. Fonction de l'appendice..... 72
Tumeur du sein, réputée maligne, guérie par les courants continus.... 73

CHIRURGIE.

- Traitement des fractures par la mobilisation des fragments et le massage*..... 82
Traitement des plaies de l'estomac..... 82
Suture tendineuse par anastomose et traitement de l'hydrocèle..... 84

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

- Traitement de l'endométrite par le drainage et l'irrigation*..... 84

PÉDIATRIE.

- Traitement des diarrhées du sevrage*..... 86
Technique du maillot humide dans la broncho-pneumonie des enfants.. 87

MALADIES DES VOIES GENITO-URINAIRES.

- Action de la sonde à demeure sur la prostate sénile*, par A. GUÉPIN..... 88
Blennorrhée vulvo-vaginale chez les petites filles..... 90
Blennorrhagie chez la femme..... 91
Des accidents dus au dermatol..... 92

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES.

- * *Morphinisme. De l'eczéma.—Des Gerçures du sein. De la Cocaïne, etc.* 93

THÉOLOGIE MÉDICALE.

- Devoirs du médecin chrétien*, par MGR. ANGE-ANTOINE SCOTTI..... 97

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- Bureau provincial de Médecine*..... 103
La Licence Interprovinciale..... 107
Société Médicale (Séance du 12 octobre)..... 108
A ses confrères..... 109
Nouvelles..... 110
Bibliographie..... 110

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC.

Tout article scientifique, rapport, Clinique, ou travail d'intérêts professionnels sera publié dans le No. du mois, pourvu qu'il soit envoyé à la rédaction, (Tiroir No. 3, Faubourg St-Jean,) avant le 10 du même mois.

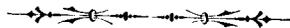
Tout travail publié sous le titre de TRAVAIL ORIGINAL sera la propriété exclusive du Bulletin Médical.

La rédaction ne se charge du retour d'aucun manuscrit.

On donnera à l'auteur de tout travail original un certain nombre de copies.

L'ABONNEMENT de \$2.00 pour les Médecins et de \$1.00 pour les Etudiants, est payable d'avance.

LA VIGUEUR & HUTCHISON



111, RUE ST. JEAN 111

QUEBEC

Editeurs de Musique et Importateurs
de Pianos et d'Orgues, des manufactures
les plus recommandables d'Europe,
des Etats-Unis et du Canada.

— — — — —

Prix raisonnables et termes de paiement
faciles.



Vieux instruments pris en partie de paiement.

Accords et réparations d'instruments exécutés promptement.
Catalogues et liste des prix expédiés sur demande.

VOICI POURQUOI on devrait faire assurer sa vie

DANS LA

UNION MUTUAL LIFE INSURANCE COY' DE PORTLAND, MAINE

10. Parce qu'elle possède un ACTIF bien placé de.....\$7,544,277 02
20. Parce que son SURPLUS à 4½ 0/0 est de..... 984,000 00
30. Parce que son DEPOT A OTTAWA est de 697,000 00
40. Parce qu'elle transige des affaires depuis 50 ans.
50. Parce qu'elle ne discute jamais ses réclamations légitimes.
60. Parce que ses polices sont les plus libérales du marché.
70. Parce que ses polices sont INCONTESTABLES de la date de leur émission.
80. Parce que ses polices donnent droit, après TROIS ANS, aux bénéfices de la célèbre LOI DE NON-CONFISCATION DU MAINE.
90. Parce qu'elle a payé à ses assurés depuis sa fondation.....\$50,000,000,00
100. Parce que le montant d'assurance en vigueur dans ses livres, est de plus de...42,000,000.00
110. Parce que, sous tout rapport, la MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY, de Portland, Maine, offre à ceux qui veulent assurer leur vie, plus d'avantages que n'importe quelle autre compagnie.

Avant de faire assurer votre vie ailleurs, adressez-vous à

GEO. P. CHATEAUVERT, Gérant,

378, RUE ST-JEAN, QUEBEC.

Des conditions libérales sont offertes aux agents.

J. H. E. PLAMONDON

Marchand de Coffres-Forts (Safes) et de Portes de
Voutes, neufs ou de seconde main.

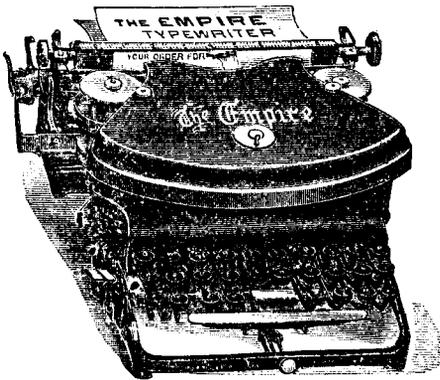


Echange et répare les serrures combinatoires.
Vitrines (Show-Cases) de toutes sortes.
Cash Register, Etc., Etc.

248, RUE ST-VALIER
ST-ROCH, QUEBEC

THE EMPIRE

MACHINE A ECRIRE



PRIX 855.00



Solide et durable.

Ecriture visible.

Alignement parfait de l'écriture.

Supérieure aux autres machines dans
plusieurs points importants.



THE WILLIAMS MFG CO. Limited

Montreal

J. A. LANGLOIS & FILS

Agents pour la ville de Québec

177, rue St-Joseph, St-Roch

PROSPECTUS

THE ROCKWELL SALINE SALT CO.

10. Cette Cie est formée dans le but de fabriquer et mettre en vente une préparation appelée ROCKWELL'S SALINE SALT."

20. Ce sel est préparé d'après une prescription depuis longtemps reconnue comme efficace pour toute affection du foie et de l'estomac. C'est un laxatif à la fois agréable et sûr, et un breuvage rafraîchissant et qui apaise délicieusement la soif. Une dose modérée prise le soir ou le matin en se levant agira très bien sur les intestins, et on peut aussi l'employer sans crainte là où il y a une trop grande abondance de bile, dans un cas de spleen, etc.

30. ROWCKWELL'S SALINE SALT. sera annoncé par tout le Canada, principalement dans les journaux et les revues médicales.

40. La Cie aura un capital souscrit de \$50,000.00 dont \$25,000.00 devront être payés.

5. Ce capital est divisé en 5,000 parts à \$10 00 (valeur au pair) par part.

60. La Cie se composera d'un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier et gérant général. Elle aura aussi un gérant particulier pour annonces et un comité de directeurs.

70. La compagnie ne devra mettre sa préparation en vente que chez les pharmaciens qui en tiendront les prix fixes à 25c et 50c la bouteille, et ce par l'entremise des droguistes qui font le commerce en gros seulement.

80. Le trésorier et gérant général et aussi le gérant d'annonces recevront un salaire mensuel de la Cie., et serviront exclusivement les intérêts de la Cie.

90. Un dividende annuel devra être payé aux actionnaires suivant que cette Cie. aura fait un chiffre plus ou moins considérable d'affaires par an.

100. Tout actionnaire qui souscrira pour un nombre quelconque de parts sera tenu de payer a moitié, soit 50 o/o du montant de sa souscription sur premier avis de la direction.

Pour plus amples informations s'adresser aux promoteurs :

L. E. HUDON, Jr.

**Clarendon Hotel,
Québec.**

**Ou QUEENS HOTEL,
Montréal.**

**Ou à J. EDMOND DUBE, Ph. G
Québec.**

Faculté de Médecine de l'Université Laval

A QUÉBEC

DOYEN

M. LOUIS-JOSEPH-ALFRED SIMARD

SECRÉTAIRE

M. ALBERT MAROIS

PROFESSEURS

- M. L. J. A. SIMARD, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Physiologie et de Pathologie générale, du cours spécial des maladies des yeux et des oreilles, ainsi que de la Clinique de ces mêmes maladies au Dispensaire et à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue St-Louis, 46.
- M. L. CATELLIER, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pathologie externe, de Médecine opératoire théorique et de Clinique à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue Dauphine, 31.
- M. A. VALLEE, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Membre de la Société Psychologique de Paris, Membre de la Société de Médecine mentale de Belgique ; Professeur de Tocologie, de clinique de Tocologie ; de Maladies mentales, d'Histoire de la Médecine et de Déontologie médicale, de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu et de la Clinique des enfants à l'Hospice des Sœurs de la Charité.—Résidence, rue Ste-Anne, 22.
- M. M. J. AHERN, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur d'Anatomie descriptive, de Clinique externe à l'Hôtel-Dieu et de la Clinique des maladies des vieillards à l'Hospice Sainte-Brigitte.—Résidence, rue des Jardins, 24.
- M. E. TURCOT, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Matière Médicale et de Pharmacie pratique, de Thérapeutique générale et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue Ste-Anne, 111.
- M. M. D. BROCHU, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pathologie interne, de Pédiatrie, des Maladies nerveuses et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue St Jean, 63.
- M. A. C. HAMEL, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur d'Histologie.—Résidence, rue Ste-Anne, 128.
- M. A. MAROIS, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Toxicologie et de Médecine légale.—Résidence, rue St-Louis, 51.
- M. S. GRONDIN, Docteur en Médecine, Professeur de Gynécologie.—Résidence, rue du Parloir 8½.
- M. E. T. A. SIMARD, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Professeur d'Anatomie pratique.—Résidence, rue St-Ursule, 25.
- M. P. COOTE, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Professeur de Rhino-Laryngologie.—Résidence, rue Ste-Anne, 73.
- M. E. R. FORTIER, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pédiatrie et d'Hygiène.—Résidence, Ste-Anne 32.
- M. A. ROUSSEAU, *Professeur agrégé*, Docteur en Médecine, Directeur du Laboratoire de Bactériologie.—Résidence, Collins, 2

N. B. L'année académique est de 9 mois et divisée en trois termes, séparés par une vacance de quinze jours, à savoir : d'Octobre à Noël ; de l'Épiphanie à Pâques, de la Quasimodo à la fin de j.

Pour toutes informations s'adresser à

ALBERT MAROIS, M. D.

SECRÉTAIRE,

51, rue St-Louis, Québec,



ŒUVRE DU PATRONAGE DE QUEBEC

POUR L'ÉDUCATION des ENFANTS PAUVRES



École : 350 enfants appartenant aux différentes paroisses de la ville reçoivent l'éducation, la nourriture et l'habillement selon leur besoin.

Petit Noviciat : Œuvre apostolique, où sont formés à la vie religieuse et aux vertus sacerdotales les jeunes gens desireux de consacrer leur vie au service des pauvres et aux œuvres ouvrières.—Souscription : \$0,25 par mois.

Maison de Famille : Cette section de l'Œuvre reçoit les orphelins âgés d'au moins 14 ans, pour leur permettre d'apprendre un métier.

École professionnelle : Pour la formation de ces enfants on vient de créer au Patronage même des ateliers qui comprendront peu à peu les différents corps de métier.

Organe : Une revue mensuelle " LES FLEURS DE LA CHARITÉ " tient au courant des faits importants et fournit une lecture des plus intéressantes.

Ressources : L'œuvre ne vit que de charité et reçoit avec reconnaissance tout ce qu'on veut bien envoyer en effet ou en argent.

Toutes les personnes qui donnent \$1.00 par année sont considérées comme BIENFAITEURS et ont part aux prières des enfants.

Ceux qui donnent \$5.00 pour une année, reçoivent le titre d'AGRÉGÉS, et outre les prières dont nous venons de parler, ont droit à une messe par mois à toutes leurs intentions.

De plus le premier mardi de chaque mois une messe est dite à l'intention de leurs parents défunts.



DR. P. H. BEDARD



S'OCUPE SPECIALEMENT DU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

HEURES DES CONSULTATIONS : De 8 à 10 a. m., 1 à 4 p. m., 6 à 8 p. m.

NO. 236, RUE ST-JEAN, QUEBEC

TELEPHONE 651

PHARMACIE DE LA CROIX ROUGE

J. Edmond Dubé, Propriétaire



COIN DES RUES ST. JEAN ET DU PALAIS



Téléphone—Cloche de nuit—Service du dimanche

C. T. DELISLE

Pharmacien Chimiste

No. 379 $\frac{1}{2}$ RUE ST-JEAN H.-V. QUEBEC

Prescriptions remplies avec le plus grand soin.

SERVICE DU DIMANCHE

De 11 $\frac{1}{2}$ heures A. M. à 1 heure P. M. et de 5 heures P. M. à 7 heures P. M.

Téléphone 816

Pour les besoins pressants, s'adresser à Résidence privée 217 rue St-Olivier.

Téléphone 624

Service de nuit, 79, rue St-Jean

J. EMILE ROY

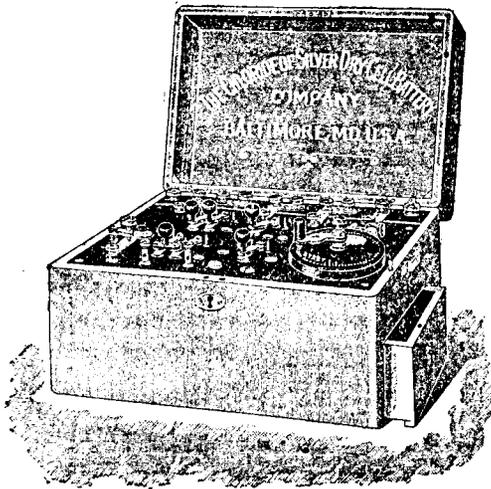
Chimiste

81-83-85, RUE ST-JEAN, QUEBEC

Ordonnances de Messieurs les médecins préparées avec la plus stricte ponctualité.

CHLORIDE OF SILVER DRY CELL CO.

BALTIMORE, MD.



Qualités de nos batteries

Elles sont à pile sèche.

Chaque élément peut séparément être remplacé à un prix modique.

Ab-encé de toute corrosion.

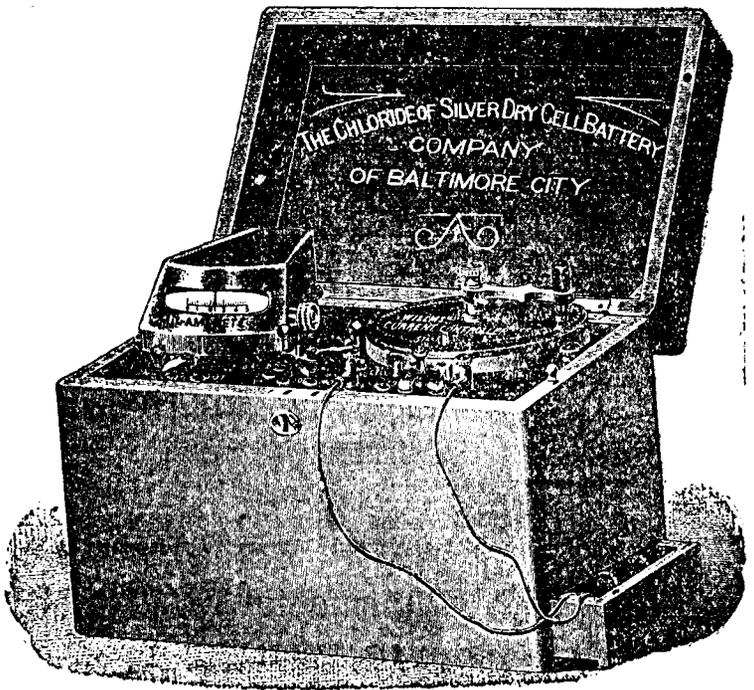
L'usage en augmente la valeur.

Action sûre, efficace et durable.

Débit constant

Type d'appareil a l'aradisation a 4 éléments avec rhéostat.

Catologue complet d'appareils, électrodes et accessoires envoyés sur demande.



Type d'appareil a courant continu de 25 a 50 éléments avec rhéostat et milliampère-mètre.

SIROP DE GLYCEROPHOSPHATE DE CHAUX

De V. BEGUIN

Pharmacien de Ire classe, ex-interne des Hôpitaux de Paris, Lauréat de l'École Supérieure de Paris. Prix Menier.

Médaille d'argent à l'Exposition Universelle de 1889.

Tonique, Reconstituant, Stimulant général du Système Nerveux.

Les médecins les plus éminents recommandent son emploi dans les maladies osseuses et le ti-
de la face.

Souverain contre Névralgies, Neurasthénie, Toux Nerveuse, Phosphaturie,
Débilité, Faiblesse d'estomac, Rachitisme, Paralysie, Sciatique aigue.

ALIMENTATION DE L'ENFANT

FARINE LACTÉE RENAUX

Aliment tonique azote le plus parfait pour l'Enfant

Adopté dans les Crèches et Hôpitaux et recommandé par les autorités médicales.

12 médailles d'or et diplômes d'honneur. Le grand prix offert par Messieurs les sénateurs de Gand (Belgique) à l'aliment infantile le plus sain et le plus nutritif a été décerné à la FARINE RENAUX (concours International de Gand 1896).

Comme confirmation des expériences faites, voir ci-dessous un extrait du rapport présenté à l'Association Protectrice de l'Enfance à Seraing (Belgique), par Messieurs les Docteurs de la Crèche, le 1er mars 1893 : Nous, nous n'avons, après un an d'expérience, qu'à nous féliciter d'avoir introduit dans l'établissement, l'usage de soupes à la FARINE RENAUX, à l'exclusion de toute autre.

LES MEDECINS DE LA CRECHE

(Signé) **HYAC. KUBORN**

Président de la Société Royale de Médecine publique, Membre de l'Académie de Médecine

P. KUBORN

EMILE TERMONIA

Ces deux produits scientifiques supérieurs s'obtiennent dans toutes les bonnes pharmacies.

Pour le gros,
s'adresser à

La Pharmacie W. Brunet & Cie
143, RUE ST-JOSEPH

Quebec

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TECHNIQUE DES AUTOPSIES

Par A. MAROIS

Les médecins sont assez souvent appelés à déterminer la cause de la mort lorsque celle-ci ne semble pas produite par des causes naturelles. Leur témoignage est d'une importance telle auprès de la justice qu'il est du devoir des médecins de bien connaître les règles qui doivent les guider dans la pratique d'une autopsie, de même aussi ils doivent être capables de donner un exposé des faits, sur lesquels leur témoignage est basé. A cet effet le court résumé qui va suivre sera peut-être de quelque utilité; il comprendra les principaux points à observer dans les examens post-mortem.

Ce travail ou plutôt ces quelques notes m'ont été inspirées par la lecture des ouvrages suivants: *médical jurisprudence and toxicology* Withaus & Becker—*Post-mortem examinations* Jackson Clarke—*Lutaud manuel de médecine legale*—*Hamilton—a system of legal medicine*.

Mentionnons d'abord les précautions auxquelles le médecin doit arrêter son attention avant de se mettre en œuvre. Dans les autopsies comme dans les opérations chirurgicales septiques, il y a deux dangers qu'il importe de ne pas perdre de vue: le premier pour l'opérateur, le second pour les patients auxquels il peut être appelé à donner des soins immédiatement après l'examen post-mortem. Le danger pour l'opérateur est l'auto-inoculation septicémique, le simple usage de gants en tissu imperméable peut mettre à l'abri de cet accident. Ces gants devront être mis avant l'autopsie et on ne les enlèvera que lorsque les instruments qui auront servi au travail auront été nettoyés.

Le second danger est celui de transporter des germes septiques puisés dans les manipulations qu'exige l'examen du cadavre. C'est un danger contre lequel le chirurgien et le médecin accoucheur surtout, doivent se mettre particulièrement en garde: il peut être facilement évité d'ailleurs, par des moyens très simples mais qui exigent des connaissances pratiques des mesures de l'antisepsie personnelle.

Pendant le travail, le médecin devra porter en outre des gants, un habit en toile très long, les manches seront courtes de deux à trois pouces et seront terminées à l'intérieur et à l'extérieur par une bande en tissu imperméable. Un long tablier aussi en tissu imperméable, s'étendant des épaules aux pieds, complètera le costume.

L'opération terminée les mesures d'antisepsie doivent s'étendre non seulement au médecin mais à tout ce qui a servi : les instruments et les éponges seront lavés dans de l'eau puis on les laissera tremper quelques minutes dans une solution d'acide phénique au quarantième. Après avoir été bien essuyés les instruments seront mis dans une boîte.

Les gants seront rapidement lavés dans de l'eau et du savon et rincés dans une solution d'acide phénique au quarantième puis séchés avec soin sur un essuie-main. Il faut bien se garder de laisser pénétrer du sang ou autres liquides par la partie supérieure des gants.

Les taches de sang ou autres liquides sur le tablier et les bandes en tissu imperméable seront enlevées avec une éponge trempée dans une solution d'acide phénique. Le tablier sera asséché et mis de côté.

Les précautions d'antisepsie personnelle pour le médecin, doivent être prises avec autant de soin après une autopsie qu'après les opérations ordinaires. Les mains seront lavées et brossées pendant quelques minutes dans de l'eau et du savon, puis rincées dans une solution de bichlorure de mercure au millième.

Si toutes ces précautions antiseptiques sont prises scrupuleusement on peut même dire qu'il y aura moins de danger de faire une opération chirurgicale ou un accouchement après une autopsie qu'après une opération où l'on aura rencontré du pus.

L'accoucheur qui serait peu soucieux de s'astreindre à toutes ces précautions pouriant de rigueur devra plutôt se décharger du soin d'une autopsie et la faire faire par un assistant habile.

Il est inutile d'appuyer sur l'instrumentation : les boîtes à autopsie contiennent tous les instruments qui sont nécessaires pour opérer avec facilité et il n'est pas besoin qu'ils soient en trop grand nombre. Mais en dehors de ce premier outillage il est parfois utile d'avoir des bocaux en verre pour recevoir l'estomac et son contenu puis les autres viscères, comme dans les cas où l'empoisonnement est soupçonné. Il faut aussi avoir sous la main un catheter, une bouteille vide, du fil blanc, etc.

Pratique de l'autopsie.

D'après Stevenson le médecin n'est justifiable de faire une autopsie que lorsque les principaux signes de la mort, le refroidissement, la rigidité la décomposition se sont manifestés.

Dans les autopsies juridiques le délai de vingt-quatre heures exigé par la loi est généralement conservé.

L'autopsie pour être instructive, doit être complète. Toutes les cavités, tous les organes doivent être examinés, même si dès le début la véritable cause de la mort apparaît comme évidente. Cette mesure de prudence est très importante car dans une enquête criminelle l'avocat de la défense pourrait profiter de cette négligence en faveur de son client pour établir que quelque autre cause pourrait avoir déterminé la mort. Il ne faut pas non plus se contenter de voir les choses il faut encore rédiger, de chaque autopsie, un protocole aussi détaillé que possible. Ce protocole sera dicté à un aide au cours de l'autopsie ou faute de mieux il sera fait de mémoire, immédiatement après l'opération.

Autant que possible l'autopsie doit se faire à la lumière du jour.

L'autopsie comprend l'examen externe et l'examen interne du cadavre.

EXAMEN EXTERNE. — L'examen extérieur du cadavre doit précéder constamment l'ouverture du corps. Mr. Tourdes propose de pratiquer cet examen dans l'ordre suivant. On recherchera 1^o les signes de la mort et les traces de la putréfaction, refroidissement, rigidité, météorismes, colorations et surtout lividités cadavériques minutieusement décrites dans leur siège et leur disposition. 2^o les signes de l'identité, tatouage, cicatrices, caractères fournis par les poils et les cheveux, stigmates professionnels, cette recherche est souvent inutile. On notera au moins la taille l'embonpoint, la conformation ; chez les femmes, les gerçures de l'abdomen, l'état des mamelles, le lait ; 3^o les traces de violence, les plaies, les contusions, les empreintes parcheminées, les régions suspectes ou cachées, le cou, les orifices des cavités, le sang qui s'écoule par les narines ou par le conduit auditif. L'anus devra être exploré avec soin ; 4^o les indices de maladie générale ou locale : éruptions, hémorragie, déjections diverses, hernies.

Dans les cas supposés de viol la vulve devra être examinée minutieusement. Il faudra recueillir les liquides les sécrétions pouvant contenir des spermatozoaires pour permettre l'examen microscopique.

Pour toutes ces recherches, l'ordre anatomique sera suivi de haut en bas, aux faces antérieures, postérieures et latérales du cadavre.

(A suivre)

EPISTAXIS

*Quelques notes recueillis à la Clinique de Lubet-Barbon à Paris
par le Dr. N. A. Dussault de Québec.*

Quelle conduite doit tenir le médecin en face d'un malade pris d'un saignement de nez.

A l'exception de cas d'hémorrhagie post opératoire ou traumatique, on peut affirmer que le sang dans l'épistaxis est produit par l'érosion d'un vaisseau situé à la partie antérieure et inférieure de la cloison. Cette situation constante de la lésion dans un point accessible rend possible le traitement que nous allons exposer et inutile le tamponnement des fosses nasales. C'est un procédé simple et d'une exécution facile. Pour arrêter un saignement de nez, il faut un miroir frontal, un spéculum, un stylet plat, une pince porte-coton, (modèle Lubet-Barbon) de la cocaïne, (10 pour cent) du nitrate d'argent ou bien de l'acide chromique. On fait asseoir le malade près d'une table sur laquelle on a placé une lampe pour servir d'éclairage. Disons en passant qu'il suffit déclaire convenablement le vestibule des fosses nasales pour voir le vaisseau qui saigne. L'application du spéculum rend la chose encore plus facile. Pour se bien rendre compte de quel côté vient le sang, on bouche avec le doigt successivement les deux fosses nasales. Cela une fois trouvé, avec de petits tampons de coton, on enlève les caillots de sang qui encombrent la fosse nasale. Puis on applique un tampon imbibé de cocaïne afin de prévenir les étournements qui pourraient se produire à la suite de l'application du nitrate d'argent. Armé du stylet plat sur lequel on fait fondre du nitrate d'argent, on applique la perle de nitrate d'argent sur le point qui saigne, en appuyant fortement pendant 10 à 15 secondes. A la suite de cette cautérisation, il se produit une escarrhe. Alors on peut dire au malade en toute sûreté, mouchez et tâchez de vous faire saigner. Si l'hémorrhagie ne se reproduit pas, comme c'est la règle, on cautérise de la même façon tout autour du point malade, en suivant le vaisseau d'aspect variqueux qui fait saillie sous la muqueuse. Puis pour maintenir la cautérisation on applique deux ou trois boulettes de coton enduites de pommade boriquée. Ce pansement peut rester en place vingt-quatre et même quarante-huit heures. Pour éviter de déchirer la muqueuse en retirant le coton, il est prudent de l'humecter avec de l'eau chaude. Pendant les jours qui suivent la cautérisation, il faut vase-

liner les narines, pour éviter la formation de croûtes dures qui pourraient faire saigner la muqueuse. Ce mode de traitement a le double avantage d'arrêter l'hémorrhagie et d'en prévenir le retour, en créant un tissu de cicatrice. La formation d'une escarحة est le seul moyen de guérison. Quant au tamponnement il est désagréable et ne donne pas de résultat favorable.

REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

Le traitement des hernies inguinales, chez l'enfant en particulier

Par M. Broca.

M. Broca, dont l'expérience est si grande en chirurgie infantile, a publié dernièrement dans la *Semaine Médicale*, une très jolie clinique sur ce sujet, dans laquelle il fait ressortir les indications du traitement basées sur l'étiologie de la lésion. Voici en résumé, les principaux points développés par l'auteur :

Une hernie est constituée par l'issue d'un viscère, normalement contenu dans l'abdomen, hors de cette cavité.

Cette sortie a lieu, soit par une région normalement prédisposée, soit à la faveur d'une lésion traumatique ou autre, qui a affaibli la paroi.

Le sac herniaire, constitué par le péritoine, descend peu à peu à mesure que la hernie grossit, et cette descente se fait par deux processus :

1° Par distension, si le péritoine est adhérent à l'orifice pariétal, et il se trouvera aussi à perdre en épaisseur ce qu'il gagnera en surface;

2° Le plus ordinairement le sac n'est pas fixé, ou bien s'il l'est, c'est d'une façon insuffisante, alors il descend sous la poussée intra-abdominale, par glissement progressif.

Il y a un point qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est la question des adhérences, plus grave encore que l'étranglement lui-même, en définitive le facteur de gravité d'une hernie abandonnée à elle-même. A part l'adhérence naturelle du contenu du sac, (mésocolons fixés dans la paroi postérieure et externe du sac par une adhérence charnue naturelle, Scarpa) il y a les adhérences inflammatoires, dues aux poussées de péritonite plastique, si spéciales aux épiploécèles.

Naturelles ou inflammatoires, elles se produisent dans une hernie mal contenue, et une fois débutée, la hernie est devenue partiellement ou totalement irréductible—la hernie alors grossit, gêne le porteur et aboutit dans bien des cas à des accidents mortels.

S'il est classique de diviser les hernies en hernies de force et de faiblesse, il faut bien s'entendre si l'on veut en arriver à une conclusion pratique.

Pour qu'une hernie se produise, il faut qu'il y ait disproportion entre la résistance opposée par la paroi abdominale trop faible, à une poussée intra-abdominale trop forte, d'où, hernie de faiblesse quand du côté de l'effort rien d'anormal n'apparaît; hernie de force quand brusquement l'intestin descend au moment de l'effort. Entre ces cas extrêmes se trouvent logés les intermédiaires. Mais le point important, c'est la localisation de la cause de la faiblesse de la paroi. C'est la force musculaire, dit M Broca, et non la résistance tendineuse qui faiblit. Celle-ci faiblit, mais toujours secondairement, quand la tonicité musculaire est diminuée. On doit, suivant l'auteur, expliquer les hernies à canal ouvert (persistance du canal vagino-péritonéal) de la même façon. Un brusque effort souvent aura chassé l'intestin dans le sac préformé, mais souvent aussi, l'orifice, originellement étroit, ne sera forcé, que si autour de lui la défense musculaire sera devenue insuffisante; insuffisance peut-être passagère, ce qui différencie les hernies chez l'enfant et le vieillard.

Chez l'enfant, souvent il faudra faire intervenir, comme facteur étiologique, le rachitisme plus ou moins grave, avec son ventre gros et flasque, ses chairs molles et ses muscles débiles, et la pathogénie deviendra alors la même que pour la déchéance sénile, avec cette différence cependant, que chez l'enfant le traitement médical a une prise considérable sur la cause. Tout affaiblissement musculaire consécutif à une maladie aiguë ou chronique, peut encore se rencontrer comme cause première de hernie, alors que la toux et la constipation opiniâtre agissent comme causes secondes dans la production. M. Broca part de ces considérations, pour affirmer que toute hernie de faiblesse ne doit pas être respectée, si cette faiblesse est curable, comme on le pensait autrefois.

Prenez un enfant avec un canal vagino-péritonéal gravement anormal, mais avec des muscles fermes, faites la cure radicale, et le muscle bien réinséré, opposera, dans la suite, une résistance efficace.

Au contraire, si la paroi ne doit jamais reprendre sa vigueur physiologique, il ne faudra pas penser à une vraie cure radicale; on ne peut, dans ce cas, que rendre la contention de la hernie plus facile par le port d'un bandage.

Voilà d'après M. Broca la manière d'envisager les indications opératoires.

La hernie inguinale de l'enfant, est le type des hernies qui descendent après la naissance dans un canal ouvert, congénitalement préformé, qui ne sont congénitales que virtuellement et non dans le sens absolu du mot.

Quel est ce canal préformé ? Pour bien comprendre les indications thérapeutiques, il faut connaître le mode de formation de ce canal et les rapports que le contenu abdominal peut avoir avec lui.

Le testicule, comme tout le monde le sait, naît haut dans l'abdomen, à la hauteur du rein sur l'éminence sexuelle, en arrière du péritoine; peu à peu il descend, arrive contre la paroi abdominale la traverse en passant par l'anneau inguinal externe et aboutit dans les bourses.

Cela exige naturellement, l'allongement des vaisseaux spermatices et le renversement du canal déférent, dont la partie supérieure (l'attache testiculaire) devient extra-abdominale, en sorte que ce canal prend la forme d'une anse à concavité inféro-postéro interne, dont le point culminant se réfléchit en poulie sur l'anse à concavité inverse de l'artère épigastrique. Mais, ce qu'il y a d'important à connaître, c'est que le testicule est un organe de la paroi abdominale postérieure, au-devant de lui passe le péritoine qui forme même à ce niveau un petit méso. Quand le testicule sort de l'abdomen, avec lui descend—le précédant un peu le long du gubernaculum testis—un diverticule péritonéal (canal vagino-péritonéal).

Ce canal séreux, dans sa position normale, est plus superficiel que les organes vasculaires et glandulaires du cordon, qui dépendent de la paroi abdominale postérieure, point important à connaître pendant l'opération de la cure radicale.

A l'état normal, ce canal s'oblitére tout le long du cordon, la partie péritesticulaire, seule persiste et forme la tunique vaginale du testicule

Ce travail d'oblitération s'achève à la naissance. Quelquefois cependant, l'oblitération, est retardée, même nulle, sur tout ou partie du cylindre séreux et la partie qui reste ouverte, communiquant, bien entendu, avec la cavité abdominale, forme le sac des hernies inguinales.

Ce canal a, de plus, tendance à s'oblitérer, par des cloisons totales ou partielles, et les lieux d'élection de ces cloisons sont au nombre de trois : 1^o l'anneau inguinal interne, 2^o l'anneau inguinal externe, 3^o à la jonction du cordon et du testicule. Qu'on suppose le canal perméable, malgré ses rétrécissements et ses renflements, d'un bout à l'autre et habité par une hernie, cette hernie sera testiculaire.

Supposez maintenant chacun des segments, isolés de bas en haut, et on aura les degrés de moins en moins complets de la hernie funiculaire : 1^o funiculaire proprement dite, descendant dans les bourses ; 2^o hernie interstitielle limitée à l'anneau externe ; 3^o sac exclusivement péritonéal (exceptionnel).

Ceci posé, venons au traitement qui en l'espèce est le point capital.

Un premier fait : dans l'immense majorité des cas, la hernie inguinale n'est pas congénitale dans le sens strict du mot, mais elle peut apparaître fort peu de temps après la naissance.

Dans les cas les plus bénins, on voit apparaître une petite tumeur arrondie, réductible avec gargouillement, se reproduisant presque toujours avec facilité aussitôt la compression à l'anneau enlevée.

Cette petite lésion est, en réalité, très bénigne. Il n'y a ici qu'un retard dans l'évolution normale du conduit vagino-péritonéal vers l'oblitération. Ce travail, d'ailleurs, ne demande qu'à se faire, pourvu que l'issue incessante de l'intestin ne vienne pas l'entraver.

Comme conclusion thérapeutique, à cet âge et pour une petite hernie, le port d'un bandage est suffisant et le seul traitement rationnel possible.

Le port d'un bandage demande cependant une surveillance constante et attentive, et un choix judicieux d'instrument de contention.

D'abord, il faut *toujours* que le bandage soit *bilatéral* ; l'unilatéral glisse et ne maintient pas la hernie, et de plus, l'anomalie péritonéo-vaginale est assez souvent bilatérale, apparemment ou non ; souvent il ne reste qu'une amorce de hernie de l'autre côté.

Maintenant chez le nourrisson, la pelote en peau de chamois du bandage, est vite imprégnée de malpropreté, et d'autre part la peau si tendre du nouveau-né, s'excorie, s'ulcère facilement sous une pression un peu énergique ; aussi, dans le cours de la première année, on en est réduit à l'emploi du bandage en caoutchouc avec pelote à air.

Ajoutez encore la surveillance sévère de l'hygiène et de l'alimentation du bébé, car le rachitisme est le facteur important, sinon de production, du moins d'exagération de la hernie.

Il faut bien savoir que la cure, par le port d'un bon bandage, est un fait acquis, mais il faut aussi avoir présent à l'esprit qu'il doit être porté nuit et jour et pendant plusieurs années.

Si le bandage maintient bien, et qu'il est certain que la hernie ne file pas au-dessous, on peut espérer une guérison dans un bon nombre de cas favorables. Mais il y a bien des revers à cette médaille.

D'abord, le port d'un bandage, pendant longtemps, est un gros inconvénient, et on pourrait passer outre, si la guérison était, à la fin du traitement, une chose assurée. Le contraire arrive très souvent; même quand le résultat paraît acquis, on voit, dans un bon nombre de cas, après plusieurs années, avec ou sans cause, la hernie récidiver.

Cela n'est pas surprenant, quand on se rappelle le vestibule péritonéal du canal vagino péritonéal. Sur lui la pression du bandage est incapable d'agir; même si on obtient l'oblitération du canal interstitiel, il restera à la fossette inguinale externe, une amorce de récurrence.

Il y a maintenant des bébés, chez lesquels la contention est impossible et les causes en sont multiples: Paroi flaque, anneau large, glissement du cæcum situé sinon dans le sac au moins tout contre le collet. Les efforts de toux, les cris, la constipation opiniâtre, font filer alors la hernie sous le bandage; elle grossit par la suite et peut même descendre jusqu'au niveau du genou.

Les digestions deviennent mauvaises, les coliques fréquentes, l'enfant se nourrit mal et aboutit à une véritable cachexie herniaire.

Dans ces conditions, l'opération est formellement indiquée. On opère parfois des enfants de 6 mois (au moins) auxquels on rend la santé par la suppression de la hernie.

On peut être obligé d'agir quelquefois contre des accidents d'étranglement chez de plus jeunes encore.

M. Broca est d'opinion que cet étranglement, considéré autrefois sans gravité, est au contraire excessivement dangereux pour la vie de l'enfant. De plus, dans les cas où on a la main forcée, M. Broca affirme hautement la bénignité de la cure radicale, pourvu qu'on ne diffère pas trop l'intervention et cette bénignité est aussi évidente pour les grosses que pour les petites hernies.

M. Broca ne conseille pas, bien entendu, d'opérer volontiers les nourrissons; il faut, en principe, attendre le sevrage terminé, et l'enfant parfaitement habitué à son nouveau régime alimentaire, c'est-à-dire de 15 à 24 mois, ce dernier chiffre étant fixé comme limite extrême, pourvu que l'on comprenne qu'il n'y a rien d'absolu. Le danger opératoire chez de très jeunes enfants ne vient pas de la péritonite et de la perte sanguine qui est insignifiante, mais de quelques complications, du séjour au lit et surtout de l'hospitalisation dans les crèches (Bronchio Pneumonie—gastro-entérite.) En pratique civile, les quelques rares dangers de complications sont bien diminués.

Quel parallèle peut-on faire entre le traitement opératoire et le bandage comme moyen de guérison définitive?

Ce parallèle doit s'établir pour des enfants à partir de deux ans environ

Le bandage guérit quelques cas favorables, c'est indéniable; mais, dans un très grand nombre de cas, le résultat définitif est bien décourageant.

Au contraire, on peut promettre par la cure radicale: 1° une guérison immédiate; 2° une cure radicale, sans port ultérieur de bandage, ce qui n'est pas un mince avantage.

La mortalité opératoire, d'après Broca, est excessivement petite, pas même 1%, car le danger, c'est la péritonite, et si le chirurgien est aseptique—comme il doit toujours l'être—les dangers sont pratiquement réduits à zéro. Les seules causes de mort opératrice sont dues à des négligences d'opérateur.

Comme conclusion générale, M. Broca, se basant sur 1500 opérations personnelles, conclut d'abord, à l'extrême bénignité de l'intervention, puis, comme *efficacité future*, il présente le magnifique pourcentage de 99% de cure définitive, maintenue après un an, tout en admettant qu'avec un peu plus d'attention de sa part dans ses premières opérations, il aurait pu prévenir la récurrence dans 3 ou 4 cas au moins.

De la bénignité et de l'efficacité de la cure radicale, il conclut de sa supériorité sur le bandage pour le traitement des hernies inguinales chez l'enfant.

Pour réussir dans cette cure radicale, il faut observer plusieurs préceptes qui sont capitaux dans l'espèce.

D'abord, opérer vite, puis, suivant les conseils donnés par Lucas-Championnière 1° disséquer le sac *complètement* jusque dans le ventre; 2° que la suture en étage affronte bien sur les deux lèvres de l'incision toute l'épaisseur de la paroi; 3° que la plaie ne suppure pas; telle est la ligne de conduite qui assure une guérison opératoire, et fait presque complètement disparaître les dangers de récurrence.

DR ART. S.

REPRODUCTION

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. CH. AMAT, *Bull. gén. de thérap.*

II. Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. PAPILLON, *Thèse.*

I. L'auteur passe en revue la valeur diagnostique fournie par la rudesse du murmure vésiculaire, l'inspiration saccadée rythmique du cœur, la dépression sus-claviculaire, la dilatation inégale des pupilles, le liséré gingival, l'iodure de potassium, le sérum artificiel, la radioscopie.

L'inspiration, au lieu d'être légère, moelleuse et caressante à l'oreille, devient rude ou râpeuse. Cette rudesse est souvent le seul signe appréciable de la présence des granulations — surtout lorsqu'elle est persistante. Elle se perçoit de préférence au sommet gauche, parce qu'à gauche les modifications du bruit vésiculaire sont plus faciles à saisir et ont plus de valeur qu'à droite, parce que c'est aussi là que se développent de préférence les tubercules.

L'inspiration saccadée rythmique du cœur, que Grasset a signalée comme un signe manifeste de faiblesse de constitution, n'est souvent qu'un signe de tuberculose pulmonaire au début. Elle tient à ce que la force inspiratoire, peu développée, ne suffit pas à faire disparaître l'influence mécanique de l'appareil circulatoire voisin. En auscultant avec soin des jeunes gens faibles, en portant son attention au sommet gauche ou plus exactement le long du bord gauche du sternum, au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux, parfois même dans tout le sommet gauche, on entend l'inspiration qui, au lieu de se faire régulièrement en un seul temps, est saccadée en deux et souvent en trois temps séparés.

Si l'on examine sur des sujets non tuberculeux, d'un embonpoint moyen, la région sus-claviculaire, on la voit se creuser à chaque mouvement inspiratoire.

Lorsque cette dépression est plus profonde et inégale, n'ayant pas les mêmes caractères des deux côtés, cela indique que le sommet du poumon n'est plus libre, qu'il est soudé par des adhérences à la paroi thoracique.

La dilatation inégale des pupilles s'observerait souvent dans la tuberculose pulmonaire (Destrée). Si la tuberculose est unilatérale, c'est du côté malade que la pupille est plus dilatée. Si la tuberculose est bilatérale, le résultat est variable. Ce signe tient à l'excitation du sympathique comprimé de bonne heure par des ganglions hypertrophiés du hile.

Frédéric Thompson a signalé sur le bord des gencives un liséré rouge intense qui tranche sur la coloration plus pâle des tissus voisins.

Sticker a signalé que l'iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr par jour, provoque dans les cas suspects de tuberculose pulmonaire des signes de catarrhe au niveau des parties atteintes, ainsi qu'une expectoration plus ou moins abondante dans laquelle on peut déceler la présence de bacilles tuberculeux. Vetlesen a confirmé cette opinion. Ce moyen serait appelé à rendre des services lorsque les crachats ne contiennent pas encore de bacilles ou lorsqu'on ne se trouve pas dans les conditions nécessaires pour faire l'examen bactériologique.

Hutinel a montré que des injections salines sous-cutanées étaient susceptibles de déterminer, chez des enfants tuberculeux, des réactions fébriles avec poussées péri-tuberculeuses. Sirot a utilisé cette réaction. S'il s'agit de sujets indemnes de tuberculose pulmonaire, on n'observe aucune élévation du degré thermique pendant les neuf heures qui suivent l'injection. Chez les tuberculeux sans fièvre on voit au contraire, dans le même laps de temps, la température monter à 39°.

A signaler enfin les services que peut rendre la radioscopie (Kelsch) dans le diagnostic de la période prémonitoire de la tuberculose pulmonaire.

II. L'auteur cherche à prouver que, chez les chloro-anémiques en particulier, il est possible de diagnostiquer la tuberculose pulmonaire avant l'apparition de tout signe stéthoscopique, et, à plus forte raison, avant l'apparition du bacille de Koch dans l'expectoration.

Ce diagnostic précoce repose sur l'habitus extérieur, sur la capacité respiratoire, et surtout sur les caractères du pouls et de la pression artérielle.

Les anciens cliniciens avaient déjà observé la non-concordance qui existe souvent entre les périodes d'accélération du pouls et celles d'ascension thermique.

En 1894, Andvord fit une intéressante étude sur le pouls des tuberculeux. Cette étude contient des reproductions de tracés sphygmographiques obtenus dans la station debout et dans le décubitus horizontal. Dans les tracés pris en voie de tuberculisation progressante, la brusquerie de l'ascension et de la descente donne à la courbe un aspect de dentelures aiguës, tandis que, chez les tuberculeux en voie de guérison, le tracé se rapproche beaucoup du tracé normal, dont il ne diffère que par la moindre sinuosité de la ligne de descente.

Chez les malades en imminence ou au début de la tuberculose pulmonaire, les caractères du pouls sont remarquables.

Il faut dès l'abord constater le peu d'influence des changements de position sur le rythme du pouls, le nombre des pulsations restant le même, que le malade soit couché horizontalement ou en station debout. Ce signe n'existe que dans la période tout à fait initiale; on doit noter ensuite la sensation particulière que donnent le choc sanguin et l'impulsion artérielle qui rappelle un peu la brusquerie du pouls de Corrigan. Il y a dans le pouls quelque chose de hâtif, de tressautant, que le mot anglais « hurried » rend très bien.

Enfin on peut considérer comme en imminence de tuberculose tout sujet dont la pression artérielle radiale est inférieure à 13 centimètres de mercure, alors que chez l'adulte elle est normalement de 15 à 18 centimètres, sans qu'on puisse trouver une autre explication suffisante de ce phénomène: la principale cause d'erreur réside dans l'abaissement de pression coïncidant avec les perturbations cardio pulmonaires dues à des réflexes d'origine abdominale (en particulier gastro-intestinale), de même qu'inversement une néphrite ou bien une complication ou une poussée fébrile intercurrente peuvent déterminer une élévation de pression qui pourra compenser — et au delà — l'abaissement de la pression artérielle due à l'infection tuberculeuse.

Syndrome particulier au début de la tuberculose pulmonaire chronique.

Dès le début de la tuberculose pulmonaire chronique, les lésions du sommet du poumon sont accompagnées d'une adénopathie trachéo-bronchique et d'un engorgement de la partie inférieure du poumon du même côté; la clinique permet de constater trois foyers de signes physiques qui sont en rapport avec ces altérations: 1^o au sommet, vers la partie externe de la fosse sus-épineuse et dans le sillon pectoro-deltoidien, les signes habituels de la tuberculose commençante (respirations anormales, etc.); 2^o dans l'espace intercapsulaire du côté malade, de la submatité avec résistance au doigt et un souffle à timbre creux, surtout expiratoire, phénomènes indiquant l'adénopathie; 3^o à la base, du même côté, de la diminution de la sonorité à la percussion et quelques râles sous-crépitaux à l'auscultation. Il y a lieu de rechercher entre ces divers phénomènes des liens de subordination réciproque: ce sont trois anneaux d'une chaîne

étroitement unis entre eux ; la tuberculose du sommet est le fait initial ; l'adénopathie lui est directement associée comme phénomène secondaire ; l'engorgement de la base du poumon paraît dépendre de l'adénopathie, constituant ainsi le troisième anneau de la chaîne morbide.

(Revue Générale de Pathologie interne)

Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux
Importance de l'instabilité thermique comme élément de diagnostic
précoce et de pronostic de la phthisie pulmonaire.

PAR MM. DAREMBERG ET CHUQUET (de Cannes).

Au début de la tuberculose, quand les crachats n'existent pas, quand l'état général n'est pas mauvais, quand les signes physiques sont trop vagues pour imposer un diagnostic, l'examen minutieux de la température du malade fournira d'importants éléments de précision.

Quand on est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, on doit dire au malade de marcher tous les jours entre 3 et 4 heures, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement en rentrant, de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera reposé, et de répéter cette expérience pendant 10 jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre ces deux températures atteint 4 à 5/10 ; si, d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

Si l'on s'agit d'une femme, on verra, malgré le repos, une élévation de température variant de 4 à 10/10 survenir 1 ou 2 jours avant les époques menstruelles. Ce nouveau signe thermique sera une confirmation du diagnostic tuberculeux.

Souvent les tuberculeux latents ont, sans raison apparente, une poussée de fièvre de 39°-40°, durant 10 à 20 heures, au milieu de la santé la plus florissante en apparence. Il faut se méfier de ces fièvres éphémères qui ne peuvent être dues à une indigestion ou à un excès quelconque. Il faut s'en méfier surtout si ces sujets, enfants ou adultes, ont eu auparavant des fièvres typhoïdes anormales de longue durée, ou à rechutes bizarres. Ces malades sont des tuberculeux guéris d'une ancienne poussée de bacillose à forme typhoïde et qui sont restés tuberculeux.

Ces faits sont non seulement importants pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose, mais ils éclairent singulièrement les indications

de l'hygiène des tuberculeux. Ils démontrent que les tuberculeux latents ou guéris doivent peu marcher, doivent avoir un régime alimentaire sévère, doivent se coucher dès qu'ils ont de la fièvre, et que les femmes tuberculeuses doivent se reposer avant et pendant les règles.

Si le médecin veut bien se donner la peine d'inculquer ces notions à ses tuberculeux, il leur rendra d'immenses services, empêchera le développement de la maladie latente ou évitera les poussées aiguës de la maladie torpide. (*Congrès de médecine de Lille.*)

(*La Revue Médicale de Montréal.*)

Matité des sommets du poumon sans lésions. KERNIG, *Arch. russes de Pathol., de Méd. clin et tact.*

La matité aux sommets des deux poumons peut exister sans lésions visibles à l'autopsie. L'auteur se base dans ce travail sur 30 à 35 cas observés dans un hôpital de Saint-Petersbourg en l'espace de dix-sept ans. C'est chez des individus dans le marasme, alités depuis longtemps, qu'il a noté cette matité aussi intense des deux côtés, et ne répondant à l'auscultation qu'à de la faiblesse respiratoire sans bruits anormaux. Ce phénomène rare serait dû probablement, en raison des conditions où il apparaît, à la diminution du besoin d'oxygénation et à l'affaiblissement des muscles respiratoires; les poumons, se remplissant moins d'air, reviennent sur eux-mêmes grâce à leur élasticité. La matité s'étend aux fosses sus et sous-claviculaires et sus-épineuses. Delacroix a trouvé chez 20 p. 100 des cadavres les sommets des poumons sous le bord supérieur de la clavicule. On ne sait pas s'il y a réellement, dans ces cas, atrophie du tissu pulmonaire.

Jeûne dans le traitement des maladies infectieuses

De Dominicis (*Wiener Medicale Presse*) est un fort croyant de la vieille doctrine du jeûne dans les fièvres, et son zèle lui a valu le nom de « Docteur des Affamés » par la population de Naples.

Prenant la pneumonie comme exemple, il a fait une étude de 140 cas à ce point de vue. Un virus spécifique et un coup de froid ne sont pas suffisants en eux-mêmes pour causer une pneumonie. Le troisième facteur est un mauvais état du canal gastro-intestinal, et en conséquence une condition d'antointoxication qui diminue la vitalité du malade et augmente la virulence du pneumocoque. L'auteur, toutefois, lave l'estomac dans ces cas et administre des désinfectants intestinaux, procédés qu'il fait suivre

d'un jeûne de plusieurs jours, et même d'une semaine dans certains cas. En d'autres termes, il croit que l'agent mortel dans la pneumonie vient des toxines spécifiques aussi bien que des produits du canal intestinal. Il semblerait que l'auteur ne se sert pas de ce jeûne thérapeutique à moins qu'il n'y ait quelque évidence spéciale d'auto-intoxication gastro-intestinale. Il cite l'arthrite comme une autre forme de maladie éminemment propre au jeûne.

(*The Atlanta Medical and Surgical Journal*).

Fonction de l'appendice; pathogénie et traitement de l'appendicite. SLAUGHTER]
Richmond Journ., of Practice.

L'appendice ne serait pas un organe rudimentaire inutile, mais sécréterait du mucus servant à la lubrification du gros intestin. L'obstruction amène la rétention du mucus et l'inflammation. Les vices de circulation peuvent aussi causer l'appendicite. *L'auteur distingue l'appendicite obstructive et la forme rhumatoïde qui nécessite rarement l'intervention.* Les distinctions d'appendicite catarrhale ou endo-appendicite et d'appendicite ulcéreuse ou pariétale n'ont pas de valeur pratique, mais il ne faut voir là que des stades d'une même condition. Le diagnostic d'appendicite est généralement facile. Triade symptomatique : point douloureux de McBurney, zone d'hyperesthésie cutanée et défense musculaire dans la région iliaque droite. Beaucoup de cas guériraient sans opération ni récurrence, et dans la plupart des autres on a du temps pour se décider à opérer. Les cas d'appendicite foudroyante, quoique rares, existent cependant. Les cas à récurrence doivent être opérés. *Une température élevée, une vive douleur ne sont pas des signes aussi graves qu'une température basse, un pouls faible, un aspect pincé des traits.*

De la Pepsine dans les Brûlures du troisième degré

O. Watenan, de New-York, rapporte le cas d'un mécanicien, âgé de 46 ans, qui se fit une brûlure du troisième degré en se renversant sur l'avant-bras gauche de la soupe bouillante. On traita d'abord cette plaie avec de l'huile de carrouge, et le lendemain avec de la gaze iodofornée. Au bout de trois ou quatre jours la plaie était recouverte d'une sécrétion purulente d'un blanc sale, avec des bords soulevés. On curetta quelques

endroits. On saupoudra alors la plaie de pepsine et on recouvrit le tout d'une bande de gaze. Quatre jours après on enleva le bandage et l'on trouva la surface de la plaie recouverte de granulations saines, et çà et là des poussées fraîches d'épiderme qui s'étaient développées en ce court espace de temps. On lava encore la plaie antiseptiquement et on appliqua une autre couche de pepsine. Douze à treize jours après tout était guéri sans qu'il y eut aucun tissu cicatriciel. On doit aussi noter que le malade était anémique et souffrait de tabes dorsalis.

N. E. Med. Monthly.

SUR UN CAS DE TUMEUR DU SEIN, RÉPUTÉE MALIGNE, GUÉRIE PAR LES COURANTS CONTINUS.

Par MM. HIRIGOYEN,

Médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux ;

J. BERGOGNIE

*Professeur à la Faculté de médecine, chef du Service électrothérapique
des hôpitaux de Bordeaux.*

Grâce à l'emploi des anesthésiques et à l'antiséptie faite avec la plus méthodique exactitude, la chirurgie peut accomplir aujourd'hui des opérations dont les plus habiles, les plus hardis praticiens antérieurs à 1840, n'auraient pas seulement osé concevoir la possibilité ; ils redoutaient avec raison la moindre lésion des intestins, du péritoine, du cerveau, etc. Elle était bien minime la proportion des guérisons des opérés de cette époque, en comparaison de ce qu'elle est de nos jours ; c'est que rien, pour ainsi dire, ne les protégeait contre les érysipèles, les abcès, la gangrène, etc., qui faisaient de nombreuses victimes. Maintenant, le manuel opératoire n'est pas troublé par les plaintes et les mouvements du patient ; l'opérateur n'a pas à se préoccuper du précepte suranné : *cito, il opère tuto, et même jucunde*, car la douleur est supprimée. Aussi, il n'y a pas lieu d'être étonné que ces immenses progrès dans l'art aient eu pour conséquence d'autoriser les chirurgiens à pratiquer un bien plus grand nombre d'opérations, et surtout à oser les tentatives chirurgicales les plus hardies.

Toute opération, quelle qu'elle soit, met plus ou moins en danger la vie de l'opéré ; avant de recourir à une intervention chirurgicale, il y a donc prudence et même habileté à employer les ressources et les divers moyens préconisés, pendant tout le temps que ce retard, cette expectation ne compromettent pas le succès de l'opération, si elle devient inévitable.

Ces quelques réflexions me sont suggérées par un fait bien simple en lui-même, mais qui démontre victorieusement qu'il ne faut pas toujours se hâter et s'armer du couteau, pour obtenir la guérison de maladies dites chirurgicales.

OBSERVATION (1). — Il y a environ douze ans que j'ai été appelé à donner mes conseils à Mme X..., alors âgée de 38 ans. Elle est mère de trois enfants, qu'elle a nourris, et qui sont en bonne santé, sauf quelques indispositions inhérentes à l'âge et au développement organique. Mme X... est bien constituée. J'ai eu à lui donner des soins pour des accès assez fréquents et très douloureux de gastralgie ; peu à peu ces accidents ont diminué d'intensité et sont devenus plus rares. En somme, la santé de Mme X... est généralement satisfaisante.

Un mois de février dernier, très anxieuse, très inquiète, elle me consulta pour une tumeur dont depuis peu elle avait constaté la présence à la mamelle gauche. Elle croyait, mais vaguement, avoir reçu un coup sur cette région ; rien de bien affirmatif, ni sur l'époque ni sur l'intensité de l'accident. Voici ce qu'un examen minutieux me fit reconnaître : les seins sont d'un volume moyen ; il est facile d'explorer les glandes mammaires malgré une atmosphère graisseuse assez développée ; le sein droit n'offre rien d'anormal ; quant au sein gauche, il paraît un peu plus bombé vers la partie supérieure interne. Les doigts y découvrent une tumeur du volume d'un œuf de pigeon assez gros, très résistant à la pression, assez mobile, de forme ovoïde, avec quelques bosselures, et presque accolée à la partie voisine de la glande mammaire. La dureté de cette tumeur, sa situation, l'âge de la malade, me firent tout d'un coup entrevoir les conséquences possibles de ce mal si fréquent et à échéance fatale, plus ou moins prochaine. Toutefois, je m'efforçai de rassurer Mme X... aussi bien que son mari, présent à la consultation. Je posai de nouvelles questions relatives au prétendu coup, aux antécédents, etc. ; mais Mme X... me dit : " vous savez, docteur, s'il faut une opération je suis toute prête, car je veux gué-

(1) Communication de l'observation, par M. Hérogoyen.

rir." Je dis à Mme X... que certainement il faudrait faire l'ablation de cette tumeur si elle était réfractère aux autres moyens ; mais que, sans rien compromettre, on pouvait encore attendre quelques jours.

Il n'y a pas de chirurgien qui n'ait pratiqué l'extirpation de ces sortes de tumeurs. L'opération faite en temps opportun ne présente pas de grandes difficultés, les suites immédiates sont habituellement heureuses ; mais, en réalité, la guérison est-elle assurée ? le principe est-il détruit, parce qu'on a fait disparaître une de ces manifestations ? On sait combien sont fréquentes et souvent bien rapides de nouvelles poussées qui vous obligent à vous reconnaître vaincu. Et le plus souvent, dans ces cas particuliers, l'intervention opératoire semble avoir provoqué une plus grande malignité de la maladie ; telle qui aurait pu vivre longtemps encore succombe rapidement après avoir subi une, deux et même trois opérations.

Je prescrivis des onctions avec une pommade iodurée, et à l'intérieur 0,25 d'iodure de potassium par jour. En outre, j'engageai Mme X... à aller demander les conseils d'un chirurgien.

Huit jours après, je fus informé qu'elle avait consulté deux chirurgiens des plus autorisés de la région, et un troisième dans un département voisin. Tous trois, unanimement, avaient conseillé l'opération sans délai.

Plus d'un mois s'était écoulé depuis ma première visite ; j'examinai de nouveau la tumeur ; elle avait augmenté de volume. Je remplaçai les onctions de pommade iodurée par l'application d'un emplâtre de ciguë, suivant la formule du Codex. Ce topique, renouvelée deux fois par semaine, pendant une vingtaine de jours, déterminait sur la peau une vive rougeur accompagnée de chaleur et de démangeaisons. Il me sembla que la tumeur était moins dure, mais sans diminuer de volume. La question de l'opération fut encore posée. Je ne crus pas imprudent d'assurer que nous pouvions encore sans inconvénient tenter un nouvel essai de résolution en employant l'électricité. Ce conseil étant agréé avec satisfaction, j'adressai Mme X... à mon habile confrère, le Dr Bergonié, professeur de physique à la Faculté de médecine de Bordeaux. (Je lui cède ici la plume.)

Suite de l'observation notée par M. Bergonié.

C'est le 1er juin 1896 que Mme X... vint me trouver, adressée par M. Hirigoyen, médecin honoraire des hôpitaux. Elle me raconte très clairement l'histoire de la maladie, identique à celle rapportée ci-dessus, c'est à dire : Antécédents héréditaires nuls au point de vue d'une affection simi-

laire. Mère morte du diabète à soixante-douze ans ; père mort également à plus de soixante-dix ans ; deux frères en très bonne santé, l'un plus âgé que la malade, l'autre moins. Tante de quatre-vingts ans, qui est très bien portante, et une grand'mère ayant plus de quatre-vingts ans, qui vit encore.

Au point de vue des antécédents personnels, la malade n'a fait aucune maladie grave, elle ne s'est alitée que pour ses couches ; toujours très bien réglée, mariée à vingt et un ans ; trois enfants, tous très bien portants, dont le plus jeune a plus de vingt ans, arrivés sans accidents. A noter cependant que la ménopause, ou plutôt ce qu'on pensait être la ménopause, est arrivée en février, sans aucun accident ; la malade était en ce moment-là en parfait état de santé.

Ce n'est qu'à la fin de mars qu'elle s'aperçut que son sein gauche était notablement augmenté de volume et contenait une grosseur facilement mobile et du volume d'un petit œuf. Elle suivit les conseils du Dr Hirigoyen, rapportés plus haut ; mais voyant la tumeur augmenter nettement et progressivement, fort inquiète, elle se décide à consulter le même jour deux grands chirurgiens bordelais, qui tous les deux, après un examen minutieux, concluent à une opération immédiate, tout retard devant être très préjudiciable au bon succès de l'opération. Je rappelle ces faits, car ils me serviront au point de vue du diagnostic différentiel et aussi pour montrer combien ma situation était critique, et combien il était peu encourageant de commencer le traitement après ces pronostics si bien établis et confirmés quelques jours après par un chirurgien de Mont-de-Marsan.

Ne croyant guère au succès du traitement, devant des opinions si carrées, je conseillai à la malade d'attendre encore une ou deux semaines en se soumettant à l'iodure de potassium à haute dose et aussi à la compression qui lui avaient été indiquées comme traitement palliatif n'ayant aucune chance de succès. En retardant cette application, je pensais qu'au bout de ce temps, ou bien l'iodure de potassium aurait manifesté nettement son effet en faisant rétrocéder la tumeur, ou bien que la marche en avant de celle-ci vaincrait les dernières hésitations de la malade, d'ailleurs femme courageuse et décidée à faire pour le mieux, et que l'opération aurait lieu.

La malade obéit bien qu'à regret, partit pour la campagne, se soumit au traitement avec beaucoup de persévérance, prit deux grammes d'iodure de potassium par jour, prolongea même le traitement, car elle ne voyait pas de changement dans son état, et me revint décidée à vaincre toutes mes hésitations, avec une ferme injonction du Dr Hirigoyen pour qu'on cou-

mença immédiatement le traitement. C'est le 26 juin que le traitement fut commencé.

Etat actuel (au 26 Juin).—L'examen révèle l'existence d'une tumeur dure, globuleuse, du volume d'une petite orange un peu plus grosse qu'une mandarine, située au milieu du sein gauche. Cette tumeur est facile à déplacer et sous la peau et avec la glande ; elle est régulière de forme et ne pousse pas de prolongements bien profondément, elle n'adhère pas à la peau, le mamelon n'est nullement retractoré, mais plutôt étalé ; aucun écoulement liquide au niveau de ce mamelon, même par la pression, on ne fait sourdre ni sérosité ni sang ; il n'y a aucune fluctuation ; la tumeur est de consistance très ferme, plutôt dure. Le soulèvement de la peau ne fait pas apparaître le pointillé de la peau d'orange, elle n'est pas plissée, mais seulement assez tendue. Aucune douleur n'est produite par l'examen ni par le mouvement d'élévation ou d'abaissement des bras. L'aisselle examinée bien attentivement ne révèle l'existence d'aucun ganglion ni d'induration quelconque. Aucun trajet lymphatique marqué n'existe de la tumeur jusqu'à l'aisselle ; dans toute cette partie, la peau et les tissus sous-jacents sont souples, mobiles, indolores ; les veines à la surface du sein du côté de l'aisselle, du haut de la poitrine, ne sont guère plus développées d'un côté que de l'autre ; cependant, s'il y a une différence, c'est en faveur du côté malade, et immédiatement au-dessus de la tumeur. La malade n'a pas de fièvre, elle n'en a jamais eu. Tous les autres organes, tel que le poumon, le foie, le rein, sont en parfait état. L'analyse d'urines faite a donné un résultat négatif. Inutile d'ajouter que depuis longtemps Mme X... n'a pas été en lactation, qu'elle a dépassé la quarantaine, qu'il n'y a là ni rougeur, ni lymphangite, ni œdème, le doigt fortement appuyé ne laisse pas d'empreinte.

Traitement.—Ces constatations une fois faites, le traitement est appliqué dans les conditions suivantes : courant galvanique continu, large électrode indifférente de 300 centimètres carrés, placée dans le dos et reliée au pôle positif ; électrode hémisphérique de 15 centimètres de diamètre, cuirassant entièrement le sein et se moulant complètement sur lui. La malade est assise confortablement et maintient elle-même l'électrode active qui est fortement imbibée d'eau tiède et recouverte d'une couche de feutre de 15 millimètres d'épaisseur. L'intensité est progressivement amenée de 0 à 40 m. A. ; la malade supporte facilement ces hautes intensités qui, dans quelques séances, ont dépassé ce chiffre et ont pu monter jusqu'à 45 et même 50 m. A.

Dans les premières séances, le mamelon ni la zone mamelonnaire ne sont protégés contre le courant, et la malade ne souffre pas plus là qu'ailleurs de son passage ; mais ensuite, par crainte d'amener même une escharification légère, on protège le mamelon et la zone par un merdisque de caoutchouc. Les séances ont lieu quotidiennement, bien régulièrement, car la malade est docile et perseverante ; elles durent au début de douze à quinze minutes ; plus tard vingt minutes, et ensuite vingt cinq minutes.

Effets du traitement.—Que ce soit une coïncidence ou un effet du traitement, il est à noter que la malade, qui n'avait pas eu ses règles depuis le mois de février, les voit réapparaître après les quatre ou cinq premières séances ; le traitement n'est pas interrompu malgré cette circonstance, les règles durent seulement trois jours et sont tout à fait normales ; à partir de ce moment, elle se sont montrées régulièrement jusqu'à aujourd'hui.

Après la dixième séance, la malade croit constater une diminution du volume de la tumeur, dont elle a pris soigneusement la mesure par des procédés à elle, d'ailleurs sans précision suffisante. Malgré sa conviction, cette diminution ne me paraît pas à ce moment-là démontrée, et j'insiste pour que, devant le peu de résultat obtenu, elle retourne trouver le Dr Hirigoyen pour lui faire part de ce qui a été fait. Après la douzième séance, la malade obéit enfin, elle voit le Dr Hirigoyen, qu'elle arrive à convaincre de son amélioration et qui insiste vivement auprès de moi pour que le traitement soit continué.

C'est le lundi 20 juillet, après la dix huitième séance, que je constate pour la première fois, par la palpation, que la tumeur a certainement diminué de volume ; au lieu d'avoir sous les doigts un corps globuleux, dur, du volume d'une petite orange presque parfaitement sphérique, on n'a plus qu'une sorte de disque épais, à bords peu nets, situé plus profondément que ne l'était la tumeur, mais ayant encore presque le diamètre d'une grosse mandarine.

27 juillet.—Après la vingt-quatrième séance, on peut constater encore une diminution sensible de la tumeur ; il est de plus en plus difficile de la limiter ; elle est fragmentée et divisée en deux lobes très inégaux. Le sein, d'une manière générale, a diminué de volume. M. le Dr Hirigoyen, vu par la malade, constate également une amélioration considérable dans son état. Le traitement est continué toujours d'une manière régulière. La malade vient d'avoir ses règles, qui ont été plus abondantes que le mois dernier, régulièrement. Au 1er août, la trentième séance est faite. On constate, à

ce moment, qu'il n'existe pour ainsi dire plus rien, le sein est devenu tout à fait normal, et, comparé à l'autre, on ne trouve aucune différence, ni dans son volume, ni dans sa consistance, ni dans son aspect : le développement veineux est le même des deux côtés ; la peau est simplement épaissie par le fait du passage du courant, elle se détache en pellicules simples, un nouvel épiderme parfaitement sain apparaissant au-dessous de celui-ci.

Pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre, sans voir la malade, qui fait une série de voyages et dans la famille de laquelle un accident assez grave survient, j'ai de ses nouvelles et suis informé qu'elle est en parfaite santé et qu'aucune trace de sa maladie ne se montre.

18 novembre.—La malade vient de nouveau se soumettre à mon examen, très-heureuse de montrer combien sa guérison a été complète. Le traitement a entièrement cessé depuis trois mois et demi, la malade n'a pris aucun médicament, elle n'a nullement souffert.—Au palper, on trouve un sein absolument normal et identique à l'autre. La peau s'est complètement reformée, et de ce côté là, nulle trace du traitement. La malade a continué à avoir ses règles depuis le commencement du traitement, très-régulièrement.

J'ai revu son mari depuis, qui m'a confirmé l'état excellent de sa femme.

31 décembre 1896. — Six mois se sont écoulés depuis que Mme X... a subi sa dernière séance d'électricité. C'est vainement qu'on rechercherait, aujourd'hui, la trace de la tumeur ; il n'y a ni noyau ni induration quelconque à la place qu'elle occupait jadis ; les tissus sont aussi souples, aussi mous que dans les autres parties qui environnent la glande mammaire ; celle-ci n'offre rien de suspect ni dans son volume ni dans sa consistance.

15 février 1897. — Même état satisfaisant.

40 mars 1898. — Même constatation.

Mai 1898. — Deux ans après le début du traitement, même état satisfaisant.

REFLEXIONS.—Cette observation me semble devoir prêter, à quelques réflexions, car il est bien peu de cas dans lesquels on ait pu suivre aussi attentivement que nous l'avons fait l'évolution de la maladie et la marche du traitement électrique. Tout d'abord, on se demande à quel genre de tumeur on a eu affaire. Est-ce une tumeur épithéliale, est-ce de l'adénosarcome ou de l'adéno-fibrome ? Je crois que c'est seulement entre ces trois pronostics que l'on peut hésiter. Il n'est pas possible, en effet, de penser à la mastite chronique ou aiguë, cela à cause de l'âge de la malade, de la

date très ancienne de la lactation (plus de vingt ans), l'absence de douleur, l'absence d'œdème, la marche elle-même de la maladie.

Il faut aussi noter un point assez important et pouvant éclairer le diagnostic, c'est l'arrêt des règles quelques temps après l'apparition de la tumeur et leur retour après les premières séances du traitement. Il y a là évidemment, une coïncidence à signaler, mais y a-t-il lieu de voir là toute l'étiologie de la maladie ? Nous ne le croyons pas, car nous n'avons jamais vu signaler nulle part ce que l'on pourrait appeler la *mastite* de la ménopause.

On ne peut pas non plus penser à la tuberculose mammaire, car la malade a toujours été très bien portante, n'a pas de lésion tuberculeuses d'aucune sorte ni dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels ; son aspect, sa bonne santé générale éloignent tout soupçon. De plus, pas de ganglions, pas de lymphangite, encore moins de plaie extérieure ou de trajet fistuleux.

Il y a donc à considérer l'hypothèse d'une tumeur épithéliale, d'un adéno-sarcome ou d'un adéno-fibrome. Tout d'abord, on peut réunir d'un côté les deux diagnostics d'adéno-sarcome et de tumeur épithéliale, qui sont, à proprement parler, des tumeurs malignes, et de l'autre, en opposition avec ceux-ci, on peut placer le diagnostic d'adéno-fibrome.

L'opinion si nettement arrêtée de nos deux plus grands chirurgiens bordelais fait nettement pencher la balance pour une tumeur non bénigne, car l'opération leur paraissait immédiatement nécessaire ; ils n'eussent pas été aussi affirmatifs s'il s'était agi d'une tumeur bénigne ayant quelques chances de disparition par les moyens ordinaires médicaux. Tout au moins pourrait-on dire qu'à leurs yeux la tumeur n'avait pas nettement les caractères de la bénignité. Or, dans ces cas, la conduite à tenir est bien nette, c'est à l'extirpation immédiate qu'il faut aller.

Cependant, malgré ces opinions, dont le poids est considérable venant de chirurgiens aussi autorisés, malgré l'âge de la malade auquel les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes, malgré les statistiques indiquant que la fréquence des tumeurs épithéliales de la mamelle est dans le rapport de 82 à 84 0/0 de toutes les tumeurs de cet organe (*Traité de Chirurgie* de Reclus et Duplay, article de Delbet), il est certains caractères qui semblent plaider contre cette manière de voir. Ici, la tumeur était fort limitée, il n'y avait pas de rétraction du mamelon, aucune fusion de la tumeur avec la glande ; pas d'envahissement de la peau et, enfin, pas d'engorgement ganglionnaire, bien que la tumeur ait déjà une durée assez grande.

Il me semble donc qu'on a quelques chances d'être dans la vérité en rejetant le diagnostic de tumeur épithéliale.

Rejeter absolument le diagnostic d'adéno sarcome paraît beaucoup plus difficile, car la tumeur était parfaitement mobile sous la peau, sur les parties profondes, comme dans l'adéno-sarcome. Elle s'est développée assez rapidement, et les ganglions étaient indemnes, comme c'est le cas au début de ces tumeurs. Par contre, il n'y a jamais eu de fluctuation, signe assez commun dans l'adéno-fibrome ; la tumeur a toujours été régulière, pas très volumineuse, à l'encontre également de l'adéno-sarcome ; cependant il peut y avoir doute, car précisément la tumeur n'avait pas encore dépassé le volume où le diagnostic de l'adéno-sarcome s'impose. Si l'on considère de plus la nécessité reconnue de l'opération dont j'ai parlé plus haut, on doit être hésitant pour repousser complètement ce diagnostic.

Reste le diagnostic d'adéno-fibrome ; or, on sait que ces tumeurs sont relativement rares, qu'elles se développent d'ordinaire chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, qu'elles sont encore plus rares, comme d'ailleurs toutes les tumeurs bénignes chez les femmes ayant dépassé la quarantaine ; ce sont autant de conditions qui font repousser ce diagnostic. Mais, d'autre part, bien des caractères de notre tumeur se rapportent à un adéno-fibrome non kystique ; ainsi, par exemple, son volume, sa forme régulière, sa consistance très dure, sont ceux d'un adéno-fibrome. De plus, la pression, aussi forte qu'elle puisse être, est tout à fait indolore ; la peau est restée parfaitement mobile, son soulèvement ne fait pas apparaître le pointillé de la peau d'orange ; elle se laisse parfaitement plisser, bien que tendue par l'augmentation même du volume de l'organe.

Il y aurait donc à hésiter entre le diagnostic d'adéno-sarcome et d'adéno-fibrome ; cependant il me semble que celui d'adéno-fibrome a plus de chances d'être exact, non seulement à cause des caractères cités plus haut, mais aussi parce qu'il serait présomptueux dans l'état actuel du traitement électrique des tumeurs du sein, d'affirmer immédiatement la guérison d'une véritable tumeur maligne par l'application externe de courants continus. Au contraire, cette guérison d'un adéno-fibrome par les courants continus, ne serait pas un fait exceptionnel, car l'on trouve précisément dans l'article de Pierre Delbet, du *Grand Traité de Chirurgie sur les tumeurs de la mamelle*, « que l'électricité pourrait dans ces cas (c'est-à-dire dans les adéno-fibromes), donner des résultats, mais qu'elle n'a pas fait encore ses preuves. » L'auteur n'indique pas les sources d'après lesquelles il s'est fait

cette opinion. La publication de ce fait complet, pensons-nous, au point de vue de l'observation et aussi de la méthode du traitement appliqué, a pour but d'apporter une confirmation à cette opinion.

(*Archives d'Électr. médic.*)

CHIRURGIE

Du traitement des fractures par la mobilisation des fragments et le massage. (Académie de médecine.)

M. Labbé ne reconnaît l'utilité de mobiliser et masser les fractures que pour celles qui sont articulaires ou périarticulaires.

L'immobilisation des fragments lui paraît devoir être soigneusement conservée, surtout pour les fractures du tiers inférieur de la jambe, si l'on veut éviter la pseudarthrose. C'est à l'extention du traitement de M. Lucas-Championnière qu'il attribue l'augmentation constatée des pseudarthroses à la suite des fractures, dans ces dernières années.

M. Lucas-Championnière maintient son principe, toutes les fois qu'il n'y a pas « tendance à la déformation » C'est dire qu'il accepte l'immobilisation après coaptation pour les fractures de jambe. Mais il ne peut accepter le reproche de produire des pseudarthroses, tout en offrant par la comparaison des statistiques de ces deux traitements différents, de prouver que c'est avec l'ancienne manière que cet accident est le plus fréquent. Mais cette statistique n'a pas été faite que nous sachions; aussi cette affirmation n'a-t-elle pas d'autre valeur que celle d'une impression personnelle à son auteur.

Traitement des plaies de l'estomac. (Archives russes de chirurgie.)

ROSTOVITZEFF a eu l'occasion d'observer un cas de plaie de l'estomac par arme à feu qui présentait deux particularités: d'abord, malgré une perforation double de l'estomac, on n'a constaté pendant la vie aucun symptôme ni du côté de la cavité abdominale, ni du côté de l'estomac (pas d'hématémèse); ensuite, bien que la balle eût traversé toute l'épaisseur de la portion inférieure du poumon gauche, il n'y avait pas d'hémoptysie. La blessée finit par mourir au bout de sept jours. A propos de ce

cas. Rostovtzeff étudie le traitement des plaies de l'estomac. Il faut, d'après lui, distinguer trois catégories. La première contient les plaies de l'estomac seul: c'est la catégorie la plus rare. Ici il faut pratiquer l'expectation. Le repos absolu dans ce cas ne doit pas consister uniquement dans le séjour au lit: il faut encore veiller à ce que l'organe blessé, lui aussi, soit au repos. C'est dire que les narcotiques (injections sous-cutanées de morphine) à doses élevées et répétées sont tout indiqués. L'auteur croit qu'il vaut mieux éviter l'opium, car il est mal supporté par des malades de ce genre, en provoquant des nausées et même des vomissements.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accident, l'abstinence absolue est indispensable; pour satisfaire à la soif qui est intense, on peut permettre au blessé d'avaler de temps en temps, et le moins souvent possible, de petits morceaux de glace. On peut aussi la calmer en pratiquant des injections rectales de solution physiologique en quantité modérée.

Ajoutons encore que l'expectation paraît d'autant plus indiquée que les chiffres respectifs des résultats obtenus soit par cette méthode de traitement, soit par une intervention chirurgicale, sont à peu près les mêmes. En effet, sur 35 cas où l'on avait pratiqué l'expectation, on a eu 27 guérisons, c'est-à-dire 77,1 0/0, tandis que sur 17 cas où l'on était intervenu chirurgicalement on a obtenu 13 guérisons, c'est-à-dire 76,5 0/0. On voit donc que le premier chiffre est même supérieur au deuxième.

La deuxième catégorie contient des cas des plaies de l'estomac compliquées soit de perforations intestinales, soit de lésions étendues des viscères abdominaux parenchymateux. Ici la plaie de l'estomac, au point de vue des indications à l'intervention chirurgicale, joue un rôle secondaire cédant le pas aux lésions intestinales ou viscérales.

Enfin, à la troisième catégorie, se rapportent les plaies de l'estomac compliquées de lésions de la cavité thoracique. Le nombre de ces cas n'étant pas encore suffisamment grand, on ne peut pas formuler de conclusions définitives sur la méthode de traitement qui convient le mieux. Mais tout semble prouver que l'expectation très rigoureuse est encore la méthode qu'il faudra préférer. Quant à la laparotomie avec la recherche des plaies de l'estomac, elle ne peut être admise qu'à titre d'exception, que dans les cas où il survient des phénomènes menaçants d'hémorragie interne ou de péritonite.

Suture tendineuse par anastomose (par DELAMARE).

Observation intéressante présentée par M. Lajars, dans laquelle M. Delamare, médecin militaire, a eu l'idée de faire la *suture secondaire* des tendons extenseurs des trois derniers doigts de la main, séparés de leurs bouts centraux introuvables, aux tendons extenseurs de l'index. Excellent résultat fonctionnel.

Traitement de l'hydrocèle simple. (*Société de Chirurgie*).

M. Etienne (de Toulouse) vient de faire connaître, d'après 27 observations avec guérison, l'efficacité du traitement suivant, dans l'hydrocèle simple: ponction, pour évacuer le liquide, puis, à deux reprises, injections de sublimé à 1/1000, ne contenant pas d'alcool. On termine par une injection boriquée. Tout se borne à quelques douleurs dans les cuisses; au bout d'une quinzaine, le liquide disparaît.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Traitement de l'endométrite par le drainage et l'irrigation

A la dernière réunion de l'Association Médicale Américaine (*Phel. Med. Journ.*), 10 juin 1899) le Dr. Augustin Jœlet a lu un travail sur ce sujet dans lequel il déclare que c'est une erreur de considérer toute décharge utérine comme une évidence d'endométrite et de traiter cet état par des applications caustiques et astringentes qui coagulent la décharge et empêchent le drainage en bloquant les orifices des glandes. Ces moyens ainsi que le curettage, il les qualifie d'erreurs scientifiques (*unscientific*). L'hyperémie avec hypersécrétion, qu'on prend souvent pour une endométrite, ne demande aucune application à l'endomètre—de fait, on la transforme en endométrite par ce traitement. Il appuie sur les dangers qu'il y a à introduire des instruments dans l'utérus, soit dans un but de diagnostic, de traitement ou d'opérations, alors qu'il y a une endocervicite soit disant catarrhale. Il affirme qu'on trouve souvent dans la sécrétion cervicale des staphylocoques, des streptocoques et des gonocoques, bien qu'elle ait une apparence des plus inoffensives, et qu'on ne peut déterminer leur présence ou leur absence que par un examen microscopique de la

décharge. On devrait toujours dans ces cas employer ce mode d'examen avant que la cavité supérieure à l'os interne soit envahie, soit dans un but de diagnostic, de traitement ou d'opération dans la cavité utérine. Dans l'endométrite, la maladie n'est pas confinée à la surface, mais elle a envahi le tissu glandulaire plus profond, et l'auteur croit que le traitement rationnel est de désobstruer l'orifice des glandes et de drainer ces dernières jusqu'à ce que le processus infectieux soit épuisé, et d'employer en même temps des irrigations répétées avec une solution astringente non irritante pour enlever la sécrétion qui s'échappe de la surface et pour prévenir la migration des germes infectieux. On pourrait arriver au même résultat avec un curetage fait avec soin de manière à ne pas détruire la muqueuse, mais simplement pour enlever les granulations qui émergent à la surface ou le tissu superflu qui pourrait bloquer l'orifice des glandes et empêcher le drainage. La curette mousse à manche rigide est suffisante et l'on ne devrait pas se servir de la curette coupante sur l'endomètre de la cavité dans le cas d'endométrite. Il est inutile et imprudent de tenter d'enlever toute la muqueuse, et on ne devrait pas faire usage d'applications caustiques après curetage dans ces cas. Elles causent une nécrose et une atrophie de la muqueuse, et il pourrait en résulter une agglutination des parois. Il affirme que le curetage ne doit être que le premier pas du traitement et qu'on doit porter plus d'attention au traitement consécutif, qui consiste en un drainage persistant et en irrigations, jusqu'à ce que toute évidence de maladie, telle que constatée par l'examen microscopique de la sécrétion et l'inspection de la cavité, soit effacée. Il recommande aussi un examen endoscopique de la cavité avant et après le curetage, avant pour décider de la nécessité de l'intervention, et après pour constater si l'opération a été complète ou non. L'auteur exhibe un endoscope utérin muni d'une petite lampe électrique à son extrémité pour l'illumination directe de l'intérieur de l'utérus à la manière de l'uréthroscope de Valentine. On y adapte un mégaloscope afin de pouvoir mieux distinguer les détails de la surface.

British Medical Journal, 8 juillet, 1899.

NOTE DE LA RÉDACTION.—Labadie-Lagrave et F. Laguëux dans leur traité médico-chirurgical de gynécologie (1898) donnent la même note en établissant les indications du curetage dans les affections utérines. "Le curetage est indiqué en dehors des rétentions placentaires, dans les métrites *longueuses* chroniques, à forme hémorragique : c'est dans ces cas qu'il

donne les meilleurs résultats sans mettre cependant à l'abri des récives. Il est encore indiqué dans l'endomérite déciduale et constitue une ressource précieuse dans certaines métrites séniles fétides. Mais en général dans les métrites qui ne s'accompagnent que d'un écoulement purulent la dilatation et le drainage donnent des résultats meilleurs que le curetage.

Ce dernier procédé est contre indiqué dans les métrites chroniques pareu-chymateuses, dans les métrites légères avec douleurs sans écoulement; il est également contre indiqué lorsqu'il existe des lésions annexielles suppurées.

PÆDIATRIE

Traitement des diarrhées du sevrage

Rien n'est plus difficile à instituer que le régime alimentaire des enfants au moment du sevrage. Et cependant, loin de recourir aux conseils rationnels du médecin, la plupart des parents instituent d'eux-mêmes, d'après la routine, le régime de leurs enfants. Il en résulte que les troubles digestifs, la diarrhée persistante s'installent et opposent souvent une résistance désespérante aux moyens thérapeutiques.

Quel régime le médecin doit-il instituer lorsqu'il se trouve consulté dans ces cas.

1° Il soumettra d'abord l'enfant au régime lacté absolu institué dans les meilleures conditions (lait de vache stérilisé, une tasse toutes les deux heures).

2° Mais si, après trois ou quatre jours, le lait n'a pas amené une amélioration marquée, le médecin devra le supprimer de l'alimentation, et instituer un régime absolument différent. C'est qu'en effet, à l'âge du sevrage, l'estomac et les intestins de l'enfant sont modifiés de telle sorte qu'ils ne sont plus aptes à digérer le lait et qu'il acceptent beaucoup plus facilement une alimentation variée composée de viandes et de légumes. M. Saint-Philippe a montré par des observations typiques que les gastro-entérites persistantes du sevrage étaient souvent guéries par la suppression pure et simple du lait de l'alimentation et qu'on pouvait obtenir ainsi de véritables résurrections. (*Archives de médecine des Enfants*, mai 1899).

Voici le régime qu'il préconise : Pendant quelques jours l'enfant recevra une alimentation exclusivement liquide, composée de décoction féculente, décoction de céréales, eau albumineuse, thé léger, infusion très sucrée de café de malt, ou encore eau d'Alet ou de Vals édulcorée avec de petites quantités de sirop de punch.

Lorsque la diarrhée a cessé, il faut encore combattre la dyspepsie et rendre des forces à l'enfant; on prescrira alors avec précaution la viande crue de mouton hachée à la dose de 50 grammes, puis 100 et même 200 grammes par jour. Mais pendant longtemps, le lait sera interdit.

Pour faciliter la diurèse, et exciter la nutrition générale, on fera prendre à l'enfant des bains salés. On peut encore lui faire des frictions sèches, matin et soir, sur tout le corps avec le gant de crin ou le soumettre au massage général; ce dernier moyen aura encore pour avantage de combattre la constipation qui, chez certains enfants, succède à la diarrhée.

Technique du maillot humide dans la broncho-pneumonie des enfants.

Bien que depuis un certain nombre d'années déjà, on ait commencé, en France, à traiter la broncho-pneumonie des enfants par l'application de compresses d'eau froide, ce moyen n'est pas encore passé dans la pratique courante. Sa technique, telle que M. Gripat (d'Angers) a eu fréquemment l'occasion de l'employer, est pourtant bien simple.

Supposons un enfant de vingt à trente mois, atteint de broncho-pneumonie. On prend un taffetas imperméable bien souple de 75 centimètres de longueur sur 35 de hauteur et une mousseline pliée en 8 doubles, un vieux rideau ou une serviette de toilette spongieuse, la dite compresse ayant les mêmes dimensions que le taffetas; enfin, trois cordons.

L'enfant déshabillé jusqu'au ventre, est assis sur les genoux d'un aide qui lui tient les bras en l'air.

La compresse, préalablement imbibée d'eau froide, à la température de la chambre, c'est-à-dire à 15° est posée vivement sur le dos, de la base du cou au bas des reins, puis on enveloppe le tronc de façon à faire un peu plus que le tour du corps. Le taffetas est posé de même par-dessus, croisé également en avant et les trois galons lient le tout; le premier passant au ras des aisselles.

Puis, l'enfant est entouré de couvertures et gardé dans les bras ou remis au lit.

Les effets immédiats du maillot humide sont fort remarquables. La respiration devient plus ample et moins précipitée; la toux se fait plus facile, plus grasse; la température s'abaisse, les phénomènes d'excitation disparaissent et le sommeil redevient calme.

Le renouvellement du maillot, toujours avec la même façon de procéder, se fait à des intervalles qui varient suivant les cas et surtout suivant l'intensité de la fièvre. Généralement, on remplace les compresses toutes les deux ou trois heures pendant le jour et toutes les quatre heures pendant la nuit, et cela, au moins durant trois ou quatre jours.

MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES

Deux modes d'action de la sonde à demeure

SUR LA PROSTATE SÉNILE

Par A. GUÉPIN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris.

Le Dr. Guépin dans l'une de ses communications à l'Académie de Médecine traite de l'importante question de la sonde à demeure chez les prostatiques. En poursuivant ses mêmes recherches dans un but exclusivement pratique, et se basant sur les faits observés par son maître Reliquet et par lui même, il en est arrivé aux conclusions suivantes touchant l'action de la sonde à demeure sur la prostate sénile elle-même :

La présence d'une sonde moile dans l'urètre, convenablement choisie, mise en place et fixée, fonctionnant régulièrement, a pour effet :

1° De permettre, dans un grand nombre de cas, le dégonflement de la prostate hypertrophiée en apparence ;

2° De s'opposer à l'infection des cavités glandulaires prostatiques et aux phénomènes généraux d'intoxication grave qui en résultent rapidement.

Premier mode d'action.—La sonde à demeure permet la diminution de volume de la prostate.

Le volume de la prostate, constaté aux premiers examens, tient en effet surtout à la congestion locale et à la dilatation des culs-de-sac glandulaires par les sécrétions stagnantes. La sonde met au repos la vessie et

l'urètre, supprime par conséquent tous les efforts et, par là même, les causes de congestion active du réseau veineux périprostatique si développé chez le vieillard. Mais, en outre, l'urètre n'existant plus en tant que canal excréteur contractile, les phénomènes spasmodiques de la région urétrale profonde se calment peu à peu.

Comme la contracture urétrale profonde a pour résultat d'oblitérer activement les conduits excréteurs des glandes de la prostate, et, par suite, de provoquer la rétention des sécrétions dans ces glandes, le repos complet de l'urètre rend immédiatement possible la sortie de ces sécrétions. Alors, il se produit un écoulement spontané, pris parfois à tort pour de l'urétrite, et pouvant, au contraire, être qualifié de *providentiel* ; car, le toucher-rectal, sans parler du cathétérisme, démontre que la prostate revient sur elle-même, perd de son induration et diminue parfois de moitié en quelques jours. La clinique et le microscope prouvent, ainsi que je crois l'avoir établi, l'origine prostatique de cet écoulement. Et le malade que l'on pensait ne jamais plus devoir uriner sans la sonde, peut de lui-même vider presque complètement sa vessie. Plusieurs exemples en sont publiés, avec tous les détails nécessaires, dans mon travail sur les « Glandes de l'Urètre ».

L'apparition de l'écoulement est un signe de pronostic heureux ; son absence, coïncidant toujours avec une faible diminution de volume et d'induration de la prostate, prouve l'état avancé de sclérose des tissus de l'organe.

Second mode d'action.—En évitant la congestion locale active, en calmant le spasme urétral profond et facilitant ainsi l'évacuation des produits stagnants des glandes, la sonde à demeure aurait ouvert une porte à l'infection tant à craindre en pareilles circonstances, si l'on se hâtait de la retirer, pensant que son rôle est terminé momentanément tout au moins.

La principale cause d'infection de la prostate et de l'infection générale consécutive est la pénétration d'urines presque toujours septiques dans les cavités glandulaires dilatées et incomplètement vidées de leur contenu. Si cet accident se produit, la prostate reprend son volume primitif, les douleurs de la fin de la sortie de l'urine reparaissent, la sécrétion urétrale spontanée diminue. Bien que le pus soit en moins grande abondance dans l'urine, la fièvre se montre, la bouche se dessèche : l'intoxication commence.

En replaçant la sonde et en usant de suite des moyens usuels en pareil cas, on peut parfois, rarement d'ailleurs, juguler les accidents ; et la pros-

tate diminue de nouveau, les douleurs se calment, l'écoulement urétral se rétablit.

En un mot, la sonde à demeure est de première nécessité dans le traitement préventif, parfois curatif, du foyer infectieux prostatogénital. Dans le travail déjà cité sur les glandes de l'urètre, j'ai apporté plusieurs observations qui, à ce point de vue me semblent démonstratives.

L'auteur résume ainsi son étude.

La sonde à demeure, chez le malade atteint de prostate sénile, agit aussi heureusement sur l'urètre que sur la vessie ;

Mettant au repos le conduit excréteur comme le réservoir urinaire, elle supprime à la fois les causes de congestion locale et le spasme urétral profond, entraînant, par suite, la facilité d'évacuation des sécrétions stagnantes des culs-de-sac prostatiques dilatés ;

Elle constitue la première indication du traitement préventif, sinon curatif, de l'infection générale fréquente et si grave chez le vieillard prostatique dont on évacue la vessie.

En dernier lieu, ce que l'on appelle souvent hypertrophie prostatique peut parfois, sans interventions graves discutables dans leurs résultats, sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, rétrocéder et presque guérir.

Le traitement de la Blennorrhée Vulvo-vaginale chez les petites filles.

Dans une thèse récente, M. L. Bouvy étudie l'action du protargol sur les manifestations blennorrhéiques du vagin et de la vulve chez les petites filles. Ce médicament s'est montré très supérieur aux autres antiseptiques généralement recommandés, notamment au permanganate de potasse et à l'eau oxygénée. Cette supériorité est due à ce que tout en étant doué de propriétés bactéricides remarquables sur le gonocoque, il n'est aucunement irritant.

La vulvo-vaginite est une affection particulièrement tenace. M. Bouvy en a suivi 12 cas pendant plusieurs mois et il a constaté que le protargol appliqué en *injections quotidiennes* à 1 ou 2 % ont permis d'amener la guérison dans un laps de temps variable entre une à huit semaines, selon l'intensité des phénomènes.

Dans 11 autres cas traités au moyen des injections de permanganate à 1 %, pratiquées également 3 fois par jour, il a fallu, au contraire, un traitement de 80 jours en moyenne.

Ces chiffres représentent pour le permanganate une durée de beaucoup supérieure à ceux qui ont été fournis par d'autres auteurs, et suivant M. Bouvy, cette contradiction tient à ce que l'on a eu jusqu'ici tendance à considérer comme guéris des enfants qui voyaient les phénomènes d'écoulement supprimés tandis qu'il faut, comme il l'a fait lui-même, vérifier la présence du gonocoque et pratiquer le traitement tant que le microbe infectieux n'est pas détruit. *L'ichthol* a été préconisé aussi en badigeonnages; il a fourni des succès, mais les injections de protargol sont assurément d'après M. Bouvy, un moyen beaucoup plus puissant de traitement.

Traitement de la blennorrhagie chez la femme par les applications de teinture d'iode.

M. le docteur Mekerttichiantz (*Sem. Méd.*) traite avec succès les vaginites et les endométrites blennorrhagiques par des applications de teinture d'iode répétées d'une façon systématique.

Après avoir donné une injection d'eau boricuée et asséché le vagin au moyens de tampons d'ouate ou de compresses de tarlatane, notre confrère badigeonne le col et les parois vaginales avec de la teinture d'iode pure qui, au moment où l'on retire le spéculum, pénètre dans tous les plis et replis de la muqueuse. Ces applications sont répétées tous les deux ou trois jours; dans les intervalles, la malade fait quotidiennement 3 ou 4 injections avec une solution iodée dont le titre doit être aussi élevé que la femme peut le supporter. Si ces irrigations, n'étant pas tolérées par la muqueuse augmentent l'écoulement, on se borne à prescrire des injections avec une des solutions antiseptiques ou astringentes employées habituellement contre la blennorrhagie. En outre, on étend chaque jour une bonne couche de teinture d'iode tantôt sur la partie inférieure de l'abdomen, tantôt sur la région lombaire.

Sous l'influence de ce traitement, et souvent dès le premier badigeonnage du vagin, la sécrétion ne tarde pas à diminuer. Les symptômes inflammatoires s'étant suffisamment amendés, on procède aux applications dans le canal cervical d'un mélange composé de 1 partie de teinture d'iode pure pour 2 parties de glycérine.

Par ces moyens on obtiendrait généralement la guérison de la blennorrhagie lorsque celle-ci ne s'étend pas au delà de l'orifice interne du col. Mais si la cavité utérine elle-même est prise, M. Mekerttichiantz a

recours aux badigeonnages intra-utérins de teinture d'iode, qu'il a soin de répéter tous les 3 ou 4 jours après avoir, au besoin, dilaté l'orifice du col à l'aide de bougies de Hégar. De plus, notre confrère administre les iodures à l'intérieur.

Les accidents dûs à l'emploi du dermatol dans les pansements du gland et du prépuce. (J. d. Prat.)

Ceux qui ont employé ce médicament l'ont trouvé toujours au dessus des autres substances pulvérisées, employées pour les pansements. Cependant, Mathews et Contrell affirment déjà que cette substance possède des propriétés caustiques, non toxiques, mais très irritantes. Dernièrement, notre confrère russe, le docteur Abramavitch publiait dans *l'Hebdomadaire russe* deux cas où le dermatol produisit des accidents, qui ont forcé de l'abandonner complètement. Dans un cas, il s'agissait d'un chancre mou du prépuce. Le dermatol, employé comme pansement, provoqua de fortes douleurs, qui cessèrent quelques heures après. En découvrant le pansement, on constata que l'organe était très enflammé et que le prépuce formait un anneau épais autour du gland. Le lendemain, l'organe fut entièrement enflammé, œdémateux et douloureux. C'est alors qu'on se décida à abandonner le dermatol et à le remplacer par des compresses d'eau blanche qui ont eu raison en peu de temps de cette congestion accidentelle.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une balanite gonorrhéique; le dermatol provoqua ici un érythème du gland avec œdème considérable du prépuce, qui forma un anneau épais autour du gland. Connaissant le fait précédent, notre confrère s'empressa d'enlever le dermatol; tous les accidents n'ont pas tardé à céder.

De ces deux cas, l'auteur conclut que le dermatol doit être évité dans les pansements du prépuce et du gland, et, s'il rend de grands services dans les pansements en général, il peut, dans quelques cas exceptionnels, causer des troubles locaux inattendus.

CONSULTATIONS ET ORDONNANCES MÉDICALES

MORPHINISME.

1^o Placer le malade dans une maison de santé ou dans un milieu d'isolement, sous la direction du médecin et la surveillance constante d'un garde sûr et expérimenté.

Interdire pendant toute la durée du traitement la visite des parents.

2^o Repos au lit.

Supprimer en quelques jours, de quatre à huit, l'usage de la morphine en diminuant le nombre des pi jûres et la dose de chaque injection.

Pratiquer des injections avec la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Sulfate de spartéine.....	0 — 20
Sulfate d'atropine.....	0 — 01
Eau bouillie.....	10 —

3^o S'il survient des crises de collapsus, il faut donner du café chaud ou pratiquer toutes les dix minutes des injections sous-cutanées d'éther et de

Caféine.....	1 gr.
Bensoate de soude.....	2 —
Sulfate de spartéine.....	0 — 50
Eau bouillie.....	10 —

4^o Ne pas chercher à arrêter la diarrhée et les vomissements dans la supposition que ces sécrétions serviraient d'élimination des poisons.

Nourrir le malade le plus et le mieux possible avec des purées de viande, des pâtes alimentaires, des œufs.

Champagne et café.

5^o Après la suppression complète de l'usage de la morphine, donner pendant au moins un mois deux pilules par jour de :

Sulfate de spartéine.....	0 gr. 10
Poudre de noix vomique.....	0 — 05
Extrait de quinquina.....	0 — 05

F. s. a. une pilule. N^o 50.

6^o Prendre chaque jour une douche écossaise d'une durée de quinze à trente secondes et pratiquer ensuite un *massage* de tous les muscles du corps.

A. M.

Traitement de l'eczéma professionnel des doigts.

M. le Dr. Rosas traite les placards éruptifs par le nitrate d'argent et les pause ensuite avec une pommade à l'oxyde de zinc.

Après avoir humecté d'eau la partie atteinte, on la touche avec le crayon de nitrate d'argent ; on attend quelques instants, puis on neutralise l'excès de caustique ou moyen d'une solution de sel de cuisine. Enfin on essuie à sec et on applique une bonne couche de pommade à l'oxyde de zinc [formule de Lassar]:

Acide salicylique.....	2 grammes.
Oxyde de zinc.....	} à 25 —
Poudre de talc.....	
Vaseline jaune.....	
Mêlez.—Usage externe.	

L'eschare noire résultant de l'action du nitrate d'argent tombe au bout de quelques jours, et alors on procède, s'il y a lieu, encore une ou deux fois de la même façon, ou bien, lorsque la peau paraît avoir été suffisamment modifiée, on se borne aux applications de la pommade à l'oxyde de zinc.

Il est un autre traitement de l'eczéma digital professionnel que M. le professeur Edlesen (de Hambourg) vient à peine de faire connaître bien qu'il l'emploie depuis nombre d'années avec succès, et qui consiste à badigeonner les surfaces eczémateuses avec la solution ci-dessous formulée :

Iode métallique.....	0gr10
Iodure de potassium.....	9gr25
Glycérine.....	12gr50

F. S. A.—Usage externe.

Ces applications sont pratiquées deux fois par jour, ou une fois seulement (le soir) dans les cas légers. Après chaque badigeonnage le patient met des gants ou recouvre la partie traitée avec une petite compresse de toile.

Ce traitement réussit très bien.

Traitement de la sciatique par l'ichtyol administré à l'intérieur.

Après avoir employé, sans grand succès, tous les nombreux moyens symptomatiques qui ont été préconisés à tour de rôle contre la sciatique, le docteur J. Crocq, agrégé à la Faculté de médecine de Bruxelles, eut

l'idée d'expérimenter dans cette maladie l'usage interne de l'ichtyol. Ce médicament, dont les propriétés analgésiques sont bien connues, est souvent utilisé en applications locales dans les névralgies et les affections rhumatismales, mais on ne paraît pas l'avoir encore administré à l'intérieur contre la sciatique. Or, dès les premiers essais, cette médication a donné à M. Crocq, les résultats les plus encourageants. Notre confrère fait prendre chaque jour de 6 à 8 capsules contenant chacune 0 gr. 10 centigr. d'ichtyol et il prescrit, en outre des onctions sur les parties douloureuses avec le mélange ci-dessous formulé :

Icthyol.....	20 grammes
Baume tranquille	} à à 30 —
Chloroforme.....	

Mélez. Usage externe.

De 20 sciatiques rebelles traitées de la sorte, 14 ont été guéries, 4 ont été améliorées au point que les patients ont pu reprendre, tout au moins en partie, leurs occupations habituelles, et deux fois seulement l'état des malades n'a pas été modifié. De ces faits M. Crocq conclut que l'ichtyol, sans être un remède infailible de la sciatique, n'en constitue pas moins le moyen le plus efficace dont nous disposons contre cette affection. Il va de soi que cette médication n'exclut pas l'usage simultané d'autres analgésiques, destinés à calmer momentanément les sensations douloureuses, en attendant que l'action de l'ichtyol, plus lente mais plus radicale, ait le temps de se produire.

LE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE ET SES SOLUTIONS.

M. C. JONAS (de Bruxelles).—Voici quelques observations personnelles faites sur les solutions de chlorhydrate de cocaïne et leur conservation.

PREMIÈRE SOLUTION

Chlorhydrate de Cocaïne.....	25 centigr.
Eau distillée.....	10 grammes.

Se conserve claire pendant 4 jours, le 5e jour se trouble, et la solution de claire qu'elle était la veille, se charge d'un magma très abondant.

DEUXIÈME SOLUTION

Chlorhydrate de Cocaïne.....	25 centigr.
Glycerine pure.....	1 gramme.
Eau distillée.....	9 —

Se conserve claire pendant 5 ou 6 jours et fermente ensuite, mais plus lentement que la solution précédente, en abandonnant toutefois un magma moins abondant.

TRISIÈME SOLUTION

Chlorhydrate de Cocaïne.....	25 centigr.
Acide borique.....	15 —
Eau distillée.....	

Se conserve mieux que les deux précédentes, bien que fermentant également et abandonnant un magma vers le huitième ou neuvième jour de la préparation, magma moins intense cependant que dans les deux premières formules.

QUATRIÈME SOLUTION

Chlorhydrate de Cocaïne.....	25 centigr.
Acide phénique cristallisé.....	1 —
Eau distillée.....	10 grammes.

Cette solution se conserve claire et non fermentée pendant longtemps ou mieux indéfiniment, une solution conservée pendant deux mois n'a jusqu'ici abandonné aucun magma.

CINQUIÈME SOLUTION

Chlorhydrate de Cocaïne.....	25 centigr.
Acide salicylique.....	1 —
Eau distillée.....	10 grammes.

Cette solution se conserve admirablement claire; aucune fermentation constatée pendant une période de deux mois d'observation.

Onctions à la lanoline et brossages du mamelon dans la prophylaxie des gerçures du sein.

D'après un confrère américain, M. le docteur Malcott, on parviendrait à éviter les gerçures et crevasses du sein, dues à l'allaitement, en soumettant la femme pendant les 4 à 6 semaines qui précèdent l'accouchement au traitement suivant: Tous les soirs, au coucher, on pratique sur les deux mamelons des onctions avec de la lanoline qu'on s'attache à faire pénétrer dans tous les plis cutanés. Le lendemain matin, on frotte doucement le bout du sein et l'aréole, pendant 3 à 4 minutes, au moyen d'une brosse molle chargée de savon et d'eau tiède, puis on lave à l'eau froide et on essuie à sec.

Les mamelons sont ainsi débarrassés des croûtes et produits desséchés de sécrétions qui pourraient rendre vulnérable la peau de ces régions.

THÉOLOGIE MÉDICALE

DEVOIRS DU MÉDECIN CHRÉTIEN

Par MGR. SCOTTI.

Sous ce titre Mgr. Scotti *ancien directeur du collège de médecine de Naples* a publié un ouvrage remarquable dont le but est d'enseigner au médecin les graves devoirs qu'il a à remplir, envers Dieu, envers son prochain et envers lui-même.

Comme on ne saurait revenir trop souvent sur l'étude de ces graves obligations, nous donnerons ici les conclusions les plus importantes de ce beau travail.

Dieu, dit-il, a ordonné à chacun d'avoir souci de son prochain, et l'une des principales manières de lui être utile consiste dans la correction fraternelle.

Malheur au médecin qui se moquerait de la foi des malades qui attribuent leurs guérisons au patronage des saints ou de Dieu par leur intermédiaire ; ou qui portent des reliques sur eux. Ces invocations ne doivent pas empêcher l'usage des remèdes naturels mais en assurer l'efficacité.

Le médecin doit en tout donner l'exemple, vivre d'une manière parfaite, se rappelant toujours le serment qu'Hippocrate faisait prêter à ses élèves : " qu'ils mèneraient une vie chaste, s'obtiendraient de tout délit dans l'exercice de leur profession ; que pénétrant sous n'importe quel toit, ils éloigneraient d'eux par leur attitude tout soupçon d'outrage, corruption, spécialement dans les choses érotiques.

Le médecin exemplaire, dit-il, est celui qui confirme sa probité par celle de ses mœurs.

Les vertus du médecin chrétien, sont : *le désintéressement, la droiture, la gravité, la juste estime des choses, le courage, la charité.* Viennent les contagions, les épidémies, on le voit se jeter dans le péril, braver la mort pour sauver son semblable. Il est pour la concorde et la paix, se tient en dehors des partis, il s'absorbe dans le soin de ses malades quels qu'ils soient. Il lui faut la patience pour supporter soit la stupidité de son patient, soit sa loquacité, soit la censure de ses plus sages prescriptions.

Il ne doit point faire à autrui ce qu'il ne voudrait pas qu'on lui fit ; il doit rendre aux autres les services auxquels nous prétendrions personnellement : se souvenir que l'homme infidèle à son devoir professionnel est assimilé par Dieu à celui qui commet l'iniquité.

Quand un grave dommage survient à un malade par la faute du médecin, celui-ci est irréfragablement obligé de le réparer.

L'homme ne pouvant se sauver, s'il n'observe la justice, il s'en suit que la restitution est absolument nécessaire pour le salut éternel. Sa culpabilité peut venir ainsi de la fraude, de l'ignorance ou de la négligence.

Il doit étudier la médecine avant de l'exercer; que l'ignorance en cette matière soit un péché grave, c'est indiscutable. La loi naturelle qui enseigne l'obligation de poser certains actes, entraîne celle de posséder le degré de science requis pour l'accomplissement de ces actes. St-Paul dit : Dieu restera étranger à celui qui méconnaîtra ses devoirs. Si les malades ne sont pas toujours les victimes de l'incapacité du médecin, celui-ci n'en est pas moins coupable de péché grave, s'il entreprend une maladie sans en connaître la cause.

Bartoli enseigne que le médecin pèche par ignorance chaque fois qu'il commet dans l'exercice de son art ce que les docteurs en droit nomme *culpa lata*, *id est* une faute telle qu'il suffit pour l'éviter d'avoir ces connaissances ordinaires et indispensables que nul médecin ne doit ignorer. Or ce que je dis de la médecine doit être dit avec plus de raison de la chirurgie.

Il est indéniable que les vieux médecins sont généralement patients, assidus, circonspects. Mais un jeune homme, judicieux dans les conseils, résolu dans les dangers, est toujours assez âgé pour soigner les malades.

On définit la négligence : " manque d'un soin qui est dû." Donc il suit que la négligence constitue une faute, puisqu'elle blesse la vertu de prudence, commandée par la loi éternelle; et cette faute peut être grave si elle cause un grave dommage.

Or, quoi de plus important que la santé. Donc la négligence d'un médecin à qui une santé est confiée ne peut être appelée faute légère.

" L'homme craignant Dieu n'est négligent dans aucune de ses obligations, " car qui pèche par négligence sera puni par l'éternel législateur.

Le médecin fait avec son client un quasi contrat que les théologiens appellent *contrat innomé*. Le malade est tenu de payer au médecin ses honoraires et le médecin d'employer toutes les ressources de son art pour le guérir.

C'est pourquoi, s'il ne visite pas autant qu'il le doit, ou s'il n'applique pas à son traitement toute l'attention requise, il pourra être puni par la loi civile.

Lorsqu'un médecin a entrepris une cure et qu'il trouve dans le malade de la docilité pour ses prescriptions, il ne peut, sans se rendre coupable,

abandonner cette cure avant de l'avoir accomplie ; parce qu'en pareille occurrence il n'abandonnerait pas ses parents.

Pour les incurables il ne commet d'injustice envers personne en entreprenant de les soigner. Il doit leur offrir des remèdes propres à adoucir leurs souffrances.

Quant aux désespérés, la réponse sera basée sur les mêmes principes. Il faut ajouter que souvent on a vu des désespérés revenir à la santé. Il doit être aussi juste que possible dans ses prévisions ; que la *difficulté du succès*, *crainte de compromettre sa réputation* ne soient pas des motifs suffisants pour refuser son ministère à qui a mis en lui sa dernière espérance.

Le médecin n'est pas tenu en cas de maladies contagieuses de s'exposer à un danger imminent de mort pour sauver les autres.

Le médecin peut soigner les malades qui se trouvent éloignés et s'adressent à lui pour consultation.

Nous taxerons de négligence grave les *retards* que mettent les médecins à visiter les malades, quand ces retards obligent, non sans préjudice, à continuer les remèdes longtemps. Il est donc coupable celui qui, à cause de la multiplicité des cures entreprises, ne peut faire jouir tous ses clients des bienfaits de son art. Il y a excuse là où il existe pénurie de médecins ou s'il n'était appelé en consultation.

L'âme étant de beaucoup plus précieuse que le corps, nous défendons sous peine d'excommunication, à tout médecin de conseiller au malade, pour la santé de son corps, quelque chose qui puisse devenir un danger pour l'âme. Que faudrait-il donc penser d'un médecin qui conseillerait un péché comme remède et partant, conseillerait la mort de l'âme ? Si son intention est de soigner l'homme, pourquoi commencer par blesser la partie principale de l'homme en la précipitant dans un mal infini comme le péché ? Cette maxime est toujours vraie "*Mens sana in corpore sano.*"

Je n'ai pas à décider, dit-il, si, pour guérir certain genre d'aliénation mentale ou pour lever le doute de l'impuissance conjugale, la fornication puisse être un auxiliaire. Ici je ne dirai qu'une chose ; c'est que la fornication est un crime. Par conséquent, elle ne peut être commise par un malade, ni conseillée par un médecin. Un crime quel qu'il soit ne cesse d'être un crime sous prétexte qu'il en existe un autre plus grand ; et il n'est pas possible qu'un mal moral soit l'unique moyen d'en éviter un autre.

Les désordres produits par la prostitution l'emportent de beaucoup sur les avantages que l'on en retire. L'expérience démontre que plus la passion

de volupté est irritée, plus elle devient furibonde. Ces hommes délaignent de se commettre avec des courtisanes et molesteront les honnêtes

Donc, il faut : 1^o inspirer toujours la plus grande horreur pour toute déshonnêteté ; 2^o ne pouvant empêcher tous les excès il faut du moins lutter contre les plus graves ; 3^o ne rendre facile et sûr à personne aucun de ces péchés ; 4^o Si dans les villes les femmes de mauvaise vie sont tolérées, paraître en éprouver le plus vif déplaisir ; 5^o bannir des petits pays ces affreux scandales.

Nous devons nous convaincre que le souverain remède contre la luxure ne provient pas de l'impunité mais de la connaissance de la morale chrétienne.

Le médecin ne peut conseiller le mariage à celui qu'il reconnaît absolument impuissant à en remplir les obligations. Il ne le conseillera pas non plus à certaines personnes infirmes pour lesquelles le mariage serait un véritable danger pour leur vie.

Le médecin ne saurait dissuader de la vertu de chasteté une personne qui se reconnaît en elle une céleste vocation.

Il y aurait faute grave à produire la stérilité. Certainement pour guérir certaines maladies, il est permis d'employer des remèdes quoi qu'on sache qu'ils amèneront la stérilité ; mais alors celle-ci ne sera qu'indirecte.

La mutilation des parties génitales est-elle permise ?

Elle est permise et même ordonnée quand la corruption de ces parties est telle qu'elle menace de se communiquer au reste du corps. Mais sans motifs on pêcherait gravement. Cependant certains auteurs la permettent quand l'individu et les parents la demandent.

Le médecin ne se rendra jamais coupable d'infanticide et tâchera de l'empêcher.

Hippocrate et Aristote le permettent quand le fœtus n'est pas encore animé, mais qui en peut préciser le moment ? Il ne peut même pas donner des remèdes pour l'avortement, quand même ceux-ci n'auraient pas d'effets.

Il n'est pas permis de donner de remède pour extraire le fœtus, à moins d'avoir la certitude qu'il est en train de se corrompre. On peut donner un remède devant causer l'avortement, mais pour guérir une maladie : 1^o Si la mère est en danger de mort ; 2^o Si l'art n'a aucun autre remède pour sauver la mère et l'enfant ; 3^o On doit faire tous les efforts possibles pour empêcher les avortements dans les ordonnances prescrites.

Le docteur sera digne d'éloge s'il ne favorise pas cette pratique de délivrer les femmes de leur lait.

Il n'est pas permis de tromper un malade pour le guérir. Encore moins l'est il, quand une intention mauvaise s'y ajoute : *v. g.* prescrire des remèdes extraordinaires, pour donner une haute idée de son génie, ou bien conseiller des substances dispendieuses.

Il ne doit pas affirmer connaître une maladie, quand il l'ignore. Il doit prendre conseil dans les cas douteux. Ne pas imiter ces gens qui, par un fol orgueil, connaissant l'erreur par eux commise, n'y persistent pas moins opiniâtement.

Le médecin ne doit pas suivre l'opinion d'un autre et abandonner la sienne, que quand elle n'est que probable, excepté le cas où, après avoir dit ce qu'il pense, le malade ou celui qui en a la responsabilité aime mieux déférer à un autre. Le médecin pèche quand il exerce sa profession non pas comme l'exigeraient les lumières de la raison, mais en suivant la coutume de chaque pays.

Le médecin doit se faire un devoir d'honneur et de conscience d'être discret. L'obligation cesse quand la divulgation intéresse celui qui a confié le secret ou quand sa non-divulgation nuirait à un innocent. Il pèche gravement quand il rend un faux témoignage par commisération.

Il doit donner des remèdes de premier choix. Il y a faute grave à donner des substances vénéneuses, même lorsque bien intentionné on agit témérairement ; de même pour les médicaments corrompus ou mal préparés. Il ne doit pas donner de remèdes pour prolonger la maladie. Il peut provoquer parfois une maladie pour en guérir une autre.

Il faut rappeler à ces novateurs que de par la loi naturelle, il ne peuvent mettre leur malade en péril par des expérimentations, des remèdes nouveaux, que s'ils étaient prêts à le faire sur la personne de leurs propres enfants. Ils ne peuvent agir ainsi que quand les autres médicaments ne sont pas plus sûrs.

Les remèdes douteux sont-ils défendus ? Il vaut mieux accepter un remède douteux que de n'en donner aucun ; Mais il faut pour cela une véritable nécessité. Quant à ces médecins qui ne prescrivent que des remèdes très coûteux, tout en sachant qu'ils sont superflus, la gravité de leur faute est proportionnelle à la pauvreté du client.

“ Pour être exempt du jeûne il ne suffit pas d'en être incommodé.” Il faut un inconvénient grave. Ainsi il y a un état dans lequel les forces s'affaiblissent, le visage pâlit : ceci ne serait pas suffisant.

2° Si l'incommodité peut être évitée au moyen de quelque règlement médical, conciliant la loi et la santé, ils devront y recourir.

3° Toutes les maladies ne dispensent pas de l'observation des lois. Il faut qu'elles aient une certaine gravité.

4° La dispense relative à la qualité des mets ne comprend point celle relative à la quantité.

Les convalescents ont droit à l'exemption, quand on craint une rechute.

La fatigue peut être un motif.

Il doit décider de l'assistance à la messe. Il péchera gravement s'il pre-crit des médicaments qui empêchent d'assister à la messe, quand il pourrait commodément les renvoyer à un autre jour. Un motif moindre pourra exempter les prêtres de célébrer la messe.

Il est un devoir qui incombe au médecin relativement au baptême des monstres, surtout quand il voit la mort imminente.

Si le monstre a deux têtes il doit conférer deux baptêmes.

Si le monstre est sans tête ou en a une qui n'a rien d'humain, il le baptise sous condition. Quand un fœtus abortif n'est pas aimé d'une manière certaine, ou lorsque l'enfant né à terme ne donne pas signe de vie, ou que l'on craint que l'eau ne touche pas la créature encore enfermée dans le sein maternel, ou qu'on ne sait pas si l'enfant a déjà été baptisé, alors on dit ; " Si tu n'es pas baptisé."

Il n'est pas permis de prendre moins cher qu'un confrère pour augmenter sa clientèle, celui là pêche : pêchent aussi ceux qui demandent trop cher.

Faire prix avant la cure, surtout si les maladies sont aiguës, et dans les cas urgents, est une faute grave. Ceci peut être permis dans les maladies chroniques, en un endroit où les médecins abondent.

Le médecin est dans certains cas obligé sous peine de faute grave de soigner les pauvres pour rien : 1° Quand le pauvre ne peut pas payer ni promettre de payer ; 2° Quand la maladie est mortelle ; 3° Quand il n'y a pas d'autres médecins ; 4° Il faut qu'il n'y ait pas d'hôpitaux dans le pays ou que le malade ne puisse y être recueilli.

C. R. P.

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, OCTOBRE 1899.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Bureau Provincial de Médecine

Assemblée du 27 Septembre, 1899.

Comme le rapport officiel de cette assemblée doit être envoyé sous peu à tous les membres de la profession, nous nous bornerons à offrir à nos lecteurs un court résumé des questions qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt.

Notons d'abord que 39 de nos gouverneurs assistaient à la séance, et qu'ils ont siégé durant une journée dans les salles de l'Université Laval à Québec sous la présidence du Dr Lachapelle, président du collège.

La première résolution est qu'à l'avenir ceux des candidats dont les titres sont incontestables auront le privilège de se faire assermenter immédiatement, sans être obligés d'attendre 2, 3 et 4 jours, comme autrefois, ce qui entraînait forcément des dépenses inutiles de temps et d'argent.

Ici le comité des examinateurs nous présentent 19 nouveaux confrères que nous saluons cordialement et à qui nous offrons nos meilleurs souhaits. Ce sont messieurs Chs Amyot, Aaron Levy, Hormidas Deschambault, E. G. Fabre Rajoite, Francis B. Jones, Jos. R. Bergeron, Josué Pinault, Ls Ph. Houle, Roméo Beauchesne, Emile A. Dupont, G. E. Valmord Martin, Jules Desrochers, Joseph Michaud, Frs Ern. Boutin, Hector Tousignant, Jos. Garceau, Esdras Baudet, Edm. Desjèts.

Un brevet d'admission à l'étude est ensuite délivré, sans autre examen, aux 23 bacheliers dont les noms suivent :

G. E. Bedard, Jos. A. C. Riopel, P. Laporte, J. A. B. Godbout, James McNiece, J.-B. Winder, André Brisette, J. A. Lundie, N. W. Ellis, Ed. David, Ars. Labarre, J. P. Bertrand, Ern. Laurie, Jos. Melançon, L. Geo.

Pinault, J. B. Levêque, A. Geo. Pelletier, Eul. Tremblay, P. Eug. Gagnon, L. H. Turcot, L. N. Michaud, Ern. Allard, Elie Bélanger, Al. Fortin et J. O. Lapointe.

Les intéressés devront prendre note qu'à l'avenir les candidats au brevet et à la licence auront droit à l'entière remise de leurs honoraires, au lieu de la moitié seulement, s'ils ne se sont pas présentés à l'examen. C'est juste.

Comme on s'y attendait, le *bill* électoral, sauf une légère modification pour le district des Trois-Rivières, est adopté tel que proposé par le Dr Vallée à l'assemblée de juillet.

Enfin on s'est occupé des remèdes patentés, d'une manière effective.

Une demande sera faite à la législature en vue d'amender la loi, de manière que le fabriquant soit tenu de mettre sur l'enveloppe le *nom* et la *dose* des substances actives contenues dans le remède et d'autoriser le bureau d'hygiène à faire analyser un bon nombre de produits déjà sur le marché.

Une motion du Dr Cypriot tendant à abolir, pour le médecin, l'obligation de fournir, dans ses réclamations judiciaires, la preuve qu'il est membre du Collège, a été justement rejetée.

Une autre motion qui aurait dû avoir le même sort est la suivante proposée par le Dr McConnell :

« Qu'à l'avenir tout candidat refusé sur une ou plusieurs matières de son examen primaire ou final, n'aura qu'à reprendre la matière ou les matières sur lesquelles il n'aurait pas passé. »

Grâce à un amendement proposé par MM. les Drs O. Sirois et A. Vallée on parvint à arrêter quelque peu ce mouvement rétrograde. Nous ne saurions trop féliciter les 27 Gouverneurs qui ont supporté le dit amendement que nous lisons comme suit :

« Pourvu que ce ne soit pas sur l'anatomie et la physiologie pour les *Primaires*, et la pathologie interne et externe, la matière médicale et l'obstétrique pour les *Finales*. »

Une autre motion digne d'être mentionnée et qui n'est certainement pas de trop est celle de MM. les Drs Sirois et Dorion, demandant que les livres de chacun des officiers soient ouverts dorénavant à tous les membres dûment enregistrés.

Conformément aux règlements du Collège, espérons que le public médical se rendra au désir exprimé par ces messieurs, en assistant à l'avenir, en aussi grand nombre que possible, aux délibérations du Bureau.

La question concernant le bon fonctionnement du conseil de discipline est remise sur le tapis, mais en présence d'opinions controversées de la part des aviseurs légaux, elle est encore une fois déposée sur la table.

Nous passons à dessein par-dessus plusieurs autres questions de moindre importance qui vous seront connues par le rapport officiel. Mentionnons encore cependant la proposition d'un nouveau code de procédures pour les assemblées, de nouvelles circulaires d'information pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine et enfin une autre formule de serment qui ne diffère que très peu de celle adoptée pour les fins judiciaires.

Mais la pièce de résistance de cette assemblée est, sans contredit, le rapport de l'auditeur, M. Gonthier. Nous avons pris connaissance de ce dossier volumineux soumis au Bureau. Ce n'est qu'après un travail pénible de plusieurs mois qu'il en arrive à des conclusions qui seraient sérieuses si elles étaient complètes. Mais comme il le dit lui-même, toutes les erreurs constatées sont cependant sujettes à justification, soit par la production de pièces écartées, soit par celle des livres dont l'absence a été expliquée déjà.

Il cite particulièrement les livres des Drs Belleau, Campbell et Dagenais comme étant bien tenus, et leurs entrées des recettes et des déboursés faites d'une manière très régulière.

Il est alors proposé par MM. les Drs Sirois et Dorion que le rapport de l'auditeur actuellement devant le bureau soit adopté et qu'il soit référé avec le rapport déjà présenté à l'assemblée de juillet, à un comité de finances, composé de tous les officiers du collège pour prendre en considération les suggestions, faites par l'auditeur, rédiger ou amender les règlements en rapport avec ces suggestions, prendre les mesures opportunes pour faire rentrer la balance des argents dûs au collège, et faire rapport à la prochaine assemblée.

Vient en dernier lieu le rapport du trésorier. Ce dernier donne, avec beaucoup de bonne grâce, les explications requises par quelques gouverneurs, puis son rapport est adopté.

En attendant que le rapport officiel nous renseigne sur les particularités de cet état financier, nous devons nous contenter du sommaire suivant :

RECETTES :

Balance en caisse le 5 de juillet 1899.....	\$6,217 61
Honoraires des licences	\$ 900 00
“ “ examens préliminaires.....	1000 00

Contributions annuelles.....	303 00
Divers enregistrements.....	2 50
Amende.....	50 00
Divers.....	22 90 2,278 49
Total.....	\$8,526 10
DÉBOURSÉS	
Remises d'honoraires pour licence.....	20 00
" " " examens préliminaires.....	170 00
Salaires des officiers.....	525 00
Honoraires des assesseurs et dépenses.....	701 10
" " examineurs.....	227 00
Assemblées du 5 et 6 de juillet 1899 :	
Honoraires des gouverneurs.....	950 00
Frais d'hôtel et de transport.....	367 65
Comité de législation et dépenses.....	89 00
Frais généraux :	
Salaire de l'agent du collège, M.-S. Mondou, (mai, juin, juillet et août 1899).....	300 04
Mtre. H. Gervais, consultations légales.....	250 00
Mr. G. Gonthier, en a/c pour audition des anciens livres du collège et service de comptabilité.....	400 00
Annonces.....	122 80
Impressions.....	297 13
Mde. McVey, re-charlatan.....	5 00
Primes d'assurances pour les quatre officiers du collège.....	80 00
Frais judiciaires.....	45 00
Divers : estampilles, voiture, papeterie, service de messenger, traduction du rapport de l'assemblée, remises de contribution, etc.....	145 55
Total.....	\$4,685 27
Total des recettes.....	\$
Total des déboursés.....	4,685 27
Balance en caisse.....	\$3,840 83
Plus cinq actions de la "Banque de Montréal."	

ALBERT JOBIN

Trésorier du Collège de M. C. P. Q.

Québec, 27 septembre 1899.

La Licence Interprovinciale devant l'Association Médicale Canadienne

De toutes les questions qui ont été soumises à la séance annuelle de cette Association tenue en septembre dernier à Toronto, la licence interprovinciale a décidément fixé au plus haut degré l'attention des 200 médecins qui composaient cette importante réunion.

Ce n'est pas non plus une question banale que cette licence interprovinciale. Aussi a-t-elle eu durant cette assemblée la plus large part d'attention qu'elle pouvait désirer.

En effet, le projet du Dr Roddick a été sérieusement discuté, puis adopté à l'unanimité par l'Association qui lui confère en même temps les pouvoirs de tout mettre en œuvre pour favoriser l'exécution de ce projet de loi, qui, paraît-il, n'affecte en rien l'organisation des provinces au point de vue de leurs droits et de leurs intérêts. C'est en vue de cette liberté, de cette autonomie que MM. les Drs Lachapelle et Marsolais ont cru bon de stipuler que chaque province restera libre de se retirer du pacte fédéral; que les langues française et anglaise seront officiellement et indistinctement acceptées pour tous les examens: le candidat ayant droit de passer son examen dans l'une ou l'autre langue.

Les comités d'examen devront être composés en conséquence.

Ces deux conditions aussi justes que nécessaires et dont il est facile de comprendre toute la portée, ont été concédées avec beaucoup de bonne grâce par tout le comité.

En attendant qu'on nous fournisse le texte de la nouvelle loi qui, probablement, sera distribuée à tout le public médical, notons sommairement ce qu'on demandera à la législature en janvier prochain :

“La création d'un bureau médical central sera demandée au gouvernement fédéral. Ce bureau sera chargé 1^o de fixer le degré de qualification exigible pour conférer la licence fédérale; 2^o de nommer un bureau d'examineurs dont l'appellation serait : *Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada*. Chaque province y serait représentée par trois membres dont l'un nommé par le Gouverneur-général en conseil, l'autre par le bureau provincial de médecine; le troisième sera *ex-officio* le président du bureau provincial. Le bureau ainsi composé comprendrait 24 membres. Le terme d'office sera de 4 ans. Ce bureau élira 1^o un président, 2^o un vice-président, 3^o un régistraire qui pourra cumuler les fonctions de secrétaire-trésorier, et un comité exécutif.”

“Il devra se réunir une fois par an, nommer un bureau d'examineurs dont la composition n'est pas encore définie.”

“Pour l'obtention de la licence fédérale, il faudra subir 1° un examen de brevet ou d'enregistrement conforme aux exigences du Bureau Fédéral 2° suivre un cours de cinq années, dont quatre d'enseignement théorique et pratique, plus une d'enseignement exclusivement clinique dans un hôpital, 3° subir avec succès l'examen final ou de pratique devant le Bureau Fédéral d'examineurs. Le candidat choisira la langue dans laquelle il désire subir son examen. Cependant la nouvelle loi aura un effet rétroactif, et tout médecin qui aura dix années de pratique au moment où la loi deviendra en force pourra en bénéficier sans subir d'examen. Outre la licence fédérale, le médecin qui sera membre du Collège des Médecins et Chirurgiens du Canada devra, pour pratiquer dans n'importe quelle province, prendre et payer la licence de cette province, qu'on lui délivrera sans examen.” (*Revue générale de Méd., Pharm. et Hyg. pratiques*).

Nous aimons à croire que tous les médecins qui ont tant soit peu souci des intérêts de la profession en ce pays, sauront faire connaître leur manière de voir sur cette très importante question. Dans ce but, les colonnes du *Bulletin Médical* leur sont franchement ouvertes avant que ce projet devienne loi.

Société Médicale de Québec.

(Séance du 12 Octobre.)

Elle est présidée par Mr le Dr. Ahern, président.

Le dernier procès verbal est adopté. Par un malentendu très regrettable les avis ordinaires des séances n'avaient pas été envoyés aux membres. En conséquence quelques médecins seulement de la ville assistaient à l'assemblée. Alors on convint de remettre la partie scientifique à la réunion de novembre pour ne s'occuper que de certaines questions d'un intérêt plus particulier. Aussi la fondation d'une *bibliothèque médicale*, le choix d'un *monogramme* pour la Société et l'*ouverture d'une salle* journellement enue à la disposition des membres furent de nouveau discutées. Il est probable que d'ici à la prochaine séance ces projets entreront définitivement dans le domaine de la réalité.

Vint ensuite la question toujours de plus en plus grosse d'importance de la *Licence Interprovinciale*. Mais Monsieur le président croit préférable d'attendre la publication du *bill* qui doit être préparé pour la législature avant d'accorder une plus sérieuse attention à cette affaire.

Après quelques affaires de routine la séance est ajournée au **16 de Novembre à 8.30 P.M. au lieu ordinaire.**

M M. les Médecins sont toujours instamment priés de faire connaître, au président ou au secrétaire, les questions qu'ils aimeraient à entendre traiter devant la Société.

Tout renseignement scientifique ou autres demandes d'intérêt plus particulier faits par écrit avec ou sans signature, recevront une solution qu'on retrouvera dans le No du BULLETIN MÉDICAL, qui suivra chaque séance.

Tout les membres sont cordialement invités à prendre part aux discussions, à y apporter le fruit de leur expérience et de leurs observations.

C. R. PAQUIN,
Secrétaire.

A ses confrères

LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC n'est pas surpris du bienveillant accueil qu'il vient de recevoir de ses Amis de Montréal, notamment de *l'Union Médicale du Canada* et de *la Revue générale de Médecine, de pharmacie et d'Hygiène pratiques.*

L'intérêt qu'ils ont toujours porté depuis les premiers jours à toutes les questions professionnelles, leur courtoisie à l'égard de cette partie de la province en particulier, nous étaient un gage de cette nouvelle marque de sympathie.

Avec ses remerciements, le Bulletin les prie de croire qu'il s'efforcera toujours de mériter la confiance et l'appui de ceux qui travaillent à l'expansion de notre science et qui veillent aux intérêts de notre profession.

Se coucher tôt, se lever tôt, sont deux bons moyens de conserver sa santé, sa fortune, son jugement.

* * *

L'inexactitude est faite d'égoïsme et d'étourderie, tandis que l'exactitude est faite d'égards et de sacrifices.

BIBLIOGRAPHIE

CLAUDE PAYSAN, par le Dr Choquette, St Hilaire.

Le Dr L. J. O. Sirois écrivait l'an dernier à propos de « *Les Ribaud* » du même auteur :

« Le Dr Choquette peut être fier de son *premier né littéraire*, il remportera plus qu'un succès d'estime. Tout en le félicitant bien sincèrement et vivement de ce début, nous formons le vœu de voir augmenter sa famille. Avec son talent, sa facilité, ses habitudes de travail, notre confrère peut compter sur une large place dans notre monde littéraire.

« A nous, médecins, d'encourager l'un des nôtres. »

Le Dr Sirois n'avait pas trop présumé : voilà la famille augmentée de « *Claude* » nouveau né plein de vigueur à qui on a fait une toilette digne de son rang. Si nous en jugeons par l'accueil tout cordial qu'on lui a fait et par l'appréciation très flatteuse avec laquelle il a été reçu, nous devons dire que l'encouragement n'a pas manqué à « l'un des nôtres. »

Un intérêt toujours habilement menagé et soutenu, style rapide, précis, clair, voilà les qualités qui font que « *Claude Paysan* » se lit avec plaisir et se trouvera près de la trousse du médecin, afin de lui procurer un agréable repos et une diversion nécessaire à ses travaux presque tous malheureusement de routine et de tension continuelle. Nous souhaitons au Dr Choquette tout le succès que méritent ses heureux efforts.

P. V. F.

NOUVELLES

Lundi, le 2 octobre a eu lieu l'ouverture solennelle des cours de l'Université Laval, cérémonie grandement-rehaussée par le fait que Mgr. Falconio avait tenu à y présider lui-même. Après une messe imposante il y eut, à la salle des Promotions de l'Université, lecture d'une adresse de bienvenue à Mgr le Délégué papal, puis présentation des membres des Facultés de l'Université, et enfin banquet à tous.

« La signification de l'événement du 2 octobre, dit une communication à l'*Événement*, était trop importante pour ne pas valoir une note spéciale. Si nous ne nous trompons, cette réception est plus qu'un acte de courtoisie ordinaire et elle ne peut, en tout cas, que rehausser le prestige de l'Université Laval. »

Nous apprenons avec plaisir que monsieur le Docteur Vallée est parfaitement rétabli de son indisposition.

Messieurs les Docteurs F. X. J. Dorion et A. Clark de Québec font part à leurs amis de la naissance de chacun un fils à peu près du même âge que le Bulletin.

PHARMACIE W. BRUNET & CIE

Cette pharmacie a maintenant une réputation justement méritée. Les médecins de la ville et de la campagne y trouveront les produits pharmaceutiques les plus nouveaux venant de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats Unis.

W. BRUNET & CIE

PHARMACIENS

139 ET 141, RUE ST-JOSEPH, ST-ROCH, QUEBEC.

OCT. PLANTE & FILS

Plombiers-Electriciens

Chauffage à Eau Chaude et à Vapeur, une Spécialité.

160, Rue St-Jean, Québec.

Cette maison a plusieurs années d'expérience pratique dans la manière de manufacturer et de poser toutes sortes d'appareils électriques. Réparations dans les maisons privées, les hôtels, avertisseurs et cloches électriques, téléphone, batteries médicales, etc., etc.

Posage de lumières électriques avec garniture, une spécialité.

Toujours en mains ce qui concerne cette ligne.

— Tout ouvrage de première classe —

DR. EUG. DORVAL

Dentiste

37, Rue St-Jean, H.-V. Québec.

— VIS-A-VIS LA COTE DU PALAIS —

Jos. Beaudry

PHOTOGRAPHE,
205, Rue St. Jean,
QUEBEC.

Bient d'ouvrir

À U No. 67, RUE ST-JEAN,

Un magasin de produits photographiques pour les amateurs.

On peut se procurer gratuitement à ce magasin tous les renseignements concernant la photographie.

DR. E. CASGRAIN

— ET —

MADAME DR. EMMA CASGRAIN

DENTISTES

51 — RUE ST-JEAN — 51

— TELEPHONE 915

Librairie Montmorency-Laval

PRUNEAU & KIROUAC

46, Rue de la Fabrique

116, Rue St-Joseph.

QUEBEC

Vente des livres de Médecine.

Nos relations avec les principaux éditeurs d'ouvrages de médecine, à Paris, nous permettent d'importer sous un bref délai les livres dont nous recevons la demande.

LA BANQUE NATIONALE VINS DES CARMES

SIÈGE PRINCIPAL :

QUEBEC

Capital versé - - - - \$1,200,000
 Reserve - - - - - \$ 150,000

BUREAU DE DIRECTION :

R. AUDETTE, Ecr. - - Président
 A. B. DUPUIS, Ecr. - - Vice-Président.
 Hon. Juge A. Chauveau, V. Chateaufvert, Ecr.,
 N. Rioux, Ecr. N. Fortier, Ecr.
 J. B. Laliberté, Ecr.
 P. LAFRANCE . . . Gérant, Bureau de Québec
 N. LAVOIR - - Inspecteur.

SUCCRSALES

Québec, Faub. St-Jean	St. François E. Beauce.
" St-Roch.	St. Marie, Beauce.
Montréal.	Chicoutimi.
Roberval, Lac St-Jean.	St. Hyacinthe, P. Q.
Ottawa, Ont.	St. Jean P. Q.
Joliette, P. Q.	Rimouski, Que.
Sherbrooke.	Ma'baie, Que.
Mariaville.	Montmagny, Que.

AGENTS

Angleterre—The National Bank of Scotland,
 Londres.
 France—Crédit Lyonnais, Paris et Succursales.
 Etats-Unis—The National Bank of the Republic,
 New-York. The Shoe and Leather Nat. Bank,
 Boston.
 Service de collections prompt.
 Correspondance respectueusement sollicitée.

(MEDICINAL)

Comme MM. les Médecins ne prescrivent jamais un remède, sans savoir d'avance les effets qu'il peut produire, nous nous faisons un devoir de porter à leur connaissance les médicaments qui entrent dans la préparation du VIN DES CARMES ; il leur sera plus facile par là même d'apprécier la valeur de cette préparation.

A un vin liqueux de 1ère qualité est ajouté :

- Ex.—Quinquina rouge du Pérou
- " Colombo.
- " Kôla.
- " Coca.
- " Orange amère.

Ces différentes substances sont combinées suivant les doses indiquées au Codex.

Inutile de faire remarquer à MM. les médecins les effets puissants qui résultent de cette combinaison.

Le prix de ce vin est de \$4.00 le gallon et de \$9.00 la caisse.

MM. les Médecins ne sont pas sans savoir que les droits sur les vins médicinaux sont très élevés.

A. TOUSSAINT & CIE

Quebec.

Dr. Ed. Morin & Cie

PHARMACIENS

48, Rue St-Pierre et 338, Rue St-Jean

QUEBEC

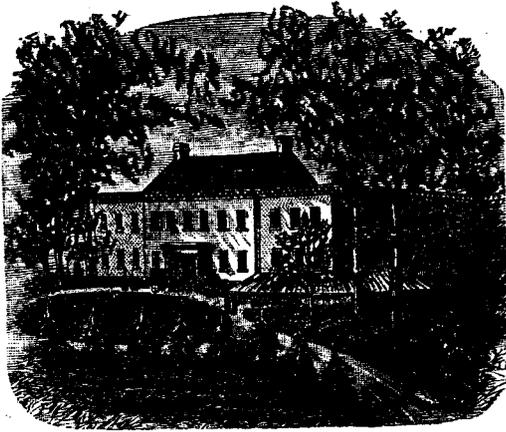
Nous gardons toujours en magasin un assortiment complet de
 Drogues, Médecines patentées, Articles de Chirurgie, Articles de Toilette,
 Bandes herniaires, Bandes Abdominales, entre autre, la SANGLE
 ELASTIQUE de Glenard (à \$1.60 pièce) etc., etc., que nous
 vendons au plus bas prix du marché

Nous venons de sortir notre Catalogue de prix pour 1899, et nous invitons tous les médecins qui ne l'ont pas encore reçu de nous fournir leur adresse et nous le leur enverrons.

DR. ED. MORIN & CIE

48, RUE ST-PIERRE et 338, RUE ST-JEAN, QUEBEC

Quebec



Belmont Retreat

Hopital Privé

Quebec

Fondé en 1851 pour le traitement des inébruis et des personnes souffrant de maladies nerveuses.

Département séparé pour les dames

J. M. MACKAY

PROPRIÉTAIRE

Telephone 420. P.O. tiroir No 173, Quebec.

LA CAISSE DES FAMILLES

SOCIÉTÉ DE SECOURS

Avec l'approbation de Sa Grandeur Mgr Bégin

Palements mensuels

Taux fixes et minimes

Les hommes et les femmes pourvu qu'ils soient catholiques peuvent s'associer. La société accorde \$5.00 par semaine aux hommes et \$2.50 aux femmes malades durant DOUZE semaines par année.

Taux mensuels pour se-cours à la maladie	Age		Age	
	18 à 35	35 à 40	40 à 45	45 à 50
	50 cts	55 ..	60 cts	70 ..

Taux mensuels, durant toute la vie pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort.....	Age		Age	
	18 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40
	0.60	0.65	0.70	0.85
			1.00	1.25

Taux mensuels, durant vingt ans pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à 70 ans	Age		Taux mensuels, durant quinze ans, pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à soixante-dix ans.	Age	
	18 à 25...	25 à 30...		18 à 25...	25 à 30...
	1.20	1.30		1.60	1.70
	1.40	1.50		1.80	2.10
	2.00	2.50		2.70	3.30

Cette institution, qui a mérité la confiance du public, est aujourd'hui l'une des plus recherchées.

On demande des agents bien recommandés pour représenter la société

Des circulaires faisant connaître les avantages de la société seront envoyés gratuitement à toutes personnes qui en feront la demande au gérant.

NARCISSE COTÉ 87, rue St-Joachim, Québec.

W. BRUNET & CIE

Pharmaciens en Gros

Importateurs de Drogues, d'Instruments de Chirurgie des manufactures Françaises et Anglaises.

UNE VISITE DE MM. LES MEDECINS EST SOLLICITEE