

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

---

---

Vol. V

SEPTEMBRE 1898

N° 2

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### Du Prolapsus Génital et de son Traitement

PAR

Monsieur le Docteur DELAUNAY  
Chirurgien de l'Hôpital Péan

---

*(Communication au Congrès de Québec, août 1898)*

---

L'apparition de l'utérus à la vulve a, de tous les temps, préoccupé les chirurgiens, et cette affection connue sous le nom de prolapsus de l'utérus a donné lieu à d'innombrables interventions. Si nous nous plaçons au point de vue anatomique, confirmé par l'examen clinique, nous voyons que cette dénomination de la chute de l'utérus est mauvaise et doit être remplacée par une autre appellation plus conforme à la réalité des faits. Si nous examinons les différents stades par lesquels passe cette affection, nous voyons qu'il est bien rare que l'utérus s'abaisse et descende de lui-même jusqu'à entr'ouvrir les lèvres de la vulve. Nous faisons exception, bien entendu, pour les cas extraordinaires qu'on est susceptible de rencontrer et qui ne rentrent pas dans le cadre que nous nous sommes assi-

gnés. L'examen clinique, au contraire, nous prouve que nous avons d'abord affaire à une ou deux saillies, et il n'est pas rare de voir les malades eux-mêmes venir consulter le chirurgien en lui disant qu'elles ont au niveau de la vulve deux petites grosseurs qui les inquiètent. Ces saillies ne sont autre chose que les parois antérieures et postérieures du vagin. C'est le premier stade du prolapsus. Peu à peu, sous l'influence même de la pesanteur, ce prolapsus augmente. Les cystocèle et rectocèle se confirment d'une façon plus marquée et peu à peu le col utérin apparaît à la vulve. On pourrait supposer que c'est le vagin qui, tirant sur l'utérus, l'a fait descendre. Accepter cette manière de voir serait une erreur d'interprétation. Le vagin est bien la cause de l'apparition du museau de tanche à la vulve, mais il ne fait pas descendre l'utérus. Si nous poursuivons en effet l'examen clinique et si nous faisons le cathétérisme de l'utérus, nous trouvons un organe allongé, mesurant quelquefois jusqu'à dix et douze centimètres, sans qu'il y ait pour expliquer cette augmentation de volume, la présence d'aucun corps étranger dans les parois utérines. Bien plus, si nous faisons le palper manuel, nous constatons que tout en trouvant le col de l'utérus très abaissé, nous n'en sentons pas moins le fond de l'utérus au ras de la symphise pubienne, c'est-à-dire à sa place normale. Or, si le fond de l'utérus est à sa place, pouvons-nous dire qu'il y a réellement chute de l'utérus ; et, d'un autre côté, trouvant le museau de tanche à la vulve, pouvons-nous affirmer que l'utérus est intacte ? La vérité est entre ces deux termes et la pièce anatomique résultant de l'opération nous montre que dans ces cas-là nous nous trouvons en présence d'un col de l'utérus hypertrophié, allongé ; c'est l'allongement hypertrophique du col des auteurs classiques. De telle sorte qu'il est plus rationnel et surtout plus conforme à la clinique de donner à cette affection le nom de prolapsus génital, d'autant plus que l'intervention qui doit en être la conséquence doit porter, pour être complète, sur la plus grande partie du système génital.

Les causes de cette affection sont multiples. Mais, celles qui jouent un rôle principal sont incontestablement les accouchements difficiles ou répétés. Et il est facile de comprendre ce qui se passe. Là, la distention exagérée du vagin pendant les manœuvres de l'accouchement ont pour résultat non seulement de distendre les parois vaginales, mais de dilacérer encore le tissu cellulaire unissant d'une part la paroi vaginale postérieure au rectum et d'autre part la paroi antérieure au bas-fond de la vessie. Si nous ajoutons la rupture du périnée, ou l'affaiblissement de ces muscles, nous voyons que les parois vaginales, élargies, séparées pour ainsi dire de leur tuteur naturel, n'étant plus maintenue par la sangle périnéale ont une tendance fatale à tomber. Et comme l'insertion fixe du vagin se trouve au niveau de la vulve, tandis que l'insertion mobile, s'il est permis de se servir de cette expression, est au niveau du col utérin, il est tout naturel de voir que le mouvement de descente se fera autour d'un axe transversal formé par l'orifice vulvaire, et il arrivera un moment où le vagin sera absolument retourné comme un doigt de gant.

Le col utérin, sollicité par les tiraillements continus des insertions vaginales s'allonge, s'hypertrophie par le fait même de l'irritation continuelle et de l'appart sanguin qui en est le résultat et l'affection se trouve constituée. Il faut aussi faire entrer en ligne de compte, dans les causes de cette affection, cette sorte d'état particulier à certaines femmes constitué par un relâchement général de tous les tissus et chez lesquelles il serait permis de dire que tout tombe. C'est ce qui nous permettra d'ajouter que dans le prolapsus génital comme dans toutes les autres affections, il faut tenir compte non seulement de la cause réelle, mais aussi de l'état particulier à chaque malade, qui fait que certaines femmes, auront du côté du vagin des traumatismes violents, des accouchements laborieux et souvent répétés, sans avoir de prolapsus, tandis que d'autres, au

contraire, avec un accouchement ordinaire et rapide se verront atteintes de prolapsus considérable.

Les procédés opératoires varient suivant l'interprétation qu'on a donnée à cette lésion. Pour ceux qui n'ont voulu voir qu'une chute de l'utérus, le but principal à atteindre était de s'ingénier par tous les moyens à remettre et à maintenir en place cet organe. Tels sont le cloisonnement du vagin de Fort et les différents procédés d'hystéropexies.

Pour ceux au contraire dont l'attention a été principalement attirée du côté du vagin, les plastiques vaginaux ont tenu le premier rang et la colpopérinéorrhaphie, l'élythrorraphie antérieure et la fixation du vagin ou bassin de Péan, étaient les opérations de choix. Nous croyons, pour notre part, que l'indication opératoire doit être fournie exclusivement par les lésions anatomiques constatées.

Si le relâchement ou la déchirure du périnée, joints à l'agrandissement des parois vaginales sont une des causes principales, sinon la seule, l'intervention devra surtout porter et sur le périnée et sur le vagin ; mais, dira-t-on, que devient alors l'utérus ? Pour nous, les opérations sur l'utérus sont des opérations secondaires et doivent être limitées à l'obstacle qu'apporte l'utérus ou une partie de cet organe à l'opération pour nous principale et capitale des plastiques vaginaux et la restauration du périnée. Quelques auteurs, donnant également à l'utérus une importance exagérée, ont proposé l'amputation du col et voire même l'hystérectomie vaginale ; et il nous a été donné de voir ces malades revenir avec un reste d'utérus de nouveau à la vulve ou avec un vagin absolument en dehors. On s'était adressé à l'effet, mais on n'avait pas touché à la cause. D'autres ont voulu compléter l'hystérectomie par la suspension du vagin, soit comme l'a fait Jacob, de Bruxelles, qui pratique l'hystérectomie abdominale en laissant une portion du museau de tanche et fixe cette portion à la partie supérieure des ligaments larges. Soit comme le fait Quenu en attachant le fond du vagin à cette

même partie supérieure des ligaments larges. Cette manière de faire recule la difficulté mais ne la résoud pas. En effet, le vagin ne tirera plus sur l'utérus absent mais il continuera à tirailler sur les ligaments larges auxquels il aura été fixé. Et cela se conçoit, puisque rien n'empêchera le vagin d'avoir toujours cette tendance à tomber, qui résulte des lésions inhérentes à lui-même. La même objection peut s'appliquer à l'hystéropexie abdominale ; et le docteur Schwarz signalait, au dernier congrès de chirurgie de Paris, le cas d'une malade à laquelle on avait pratiqué l'hystéropexie et qui portait au niveau du point où l'utérus avait été attaché à la paroi de l'abdomen, une sorte d'enfoncement de cette paroi, avec une tendance à s'augmenter de plus en plus.

Voici comment nous comprenons cette intervention : les plastiques vaginaux seuls, si le prolapsus n'a pas déterminé des lésions trop marquées du côté de l'utérus, et interventions secondaires sur l'utérus s'il en est autrement, interventions secondaires qui doivent aller de la simple amputation du col à l'hystérectomie vaginale. Nous ferons remarquer en passant que si l'utérus est atteint de tumeurs fibreuses ou d'une dégénérescence quelconque, l'hystérectomie vaginale s'impose. Nous croyons en outre qu'il y a intérêt à pratiquer cette série d'interventions dans la même séance. Et voici quel est notre procédé : Nous traçons sur la paroi postérieure du vagin un large lambeau de Hégar remontant aussi haut que possible, nous dédoublons la cloison recto-vaginale—car nous ne sommes pas partisans des plastiques vaginaux qui n'intéressent que la muqueuse de cet organe—et nous résequons complètement la paroi du vagin. Ceci fait, nous plaçons les fils d'argent, que nous nous gardons bien de nouer, car nous aurions alors un champ opératoire rétréci et il nous serait ensuite difficile de manoeuvrer. Nous traçons ensuite un lambeau triangulaire sur la paroi antérieure, en ayant soin que la base du triangle se trouve au niveau de l'orifice vulvaire, tandis que la pointe est tournée du côté

de l'utérus. Si le col présente un allongement peu marqué, et surtout si la femme est jeune et susceptible d'avoir encore des enfants, nous pratiquons l'amputation du col, soit sus-vaginale, soit sous-vaginale, suivant le degré d'hypertrophie.

Si nous nous trouvons, au contraire, en présence d'une femme âgée, et à plus forte raison avec un utérus fibromateux ou contenant une tumeur fibreuse, ou un allongement hypertrophique du col considérable, nous n'hésitons pas à pratiquer l'hystérectomie vaginale. Et alors nous n'avons plus, après avoir libéré le col de ses insertions vaginales, qu'à disséquer les faces antérieures et postérieures de l'utérus, ce dernier bascule de lui-même, car il est presque tout entier dans la main, les ligaments larges sont pincés et sectionnés. Et pour terminer l'intervention, il ne nous reste plus qu'à faire un surjet réunissant les lèvres de l'élythrorrhaphie antérieure et à compléter notre colpopérinéorrhaphie en nouant les fils d'argent que nous avons placés en arrière.

Nous avons eu maintes fois occasion d'employer ce procédé depuis 4 ans, nous n'avons jamais eu de mort, et on ne nous a pas encore signalé de récidives. Il a l'avantage, selon nous, de s'attaquer directement aux lésions en traitant chacune suivant son importance, et de nous permettre de tout terminer en une seule séance.

---

## Pourquoi peut guérir l'Hypertrophie Sénile de la Prostate

PAR

Le Docteur A. GUÉPIN (de Paris)  
Membre de la Société de Médecine de Paris.

---

(Communication au Congrès de Québec, août 1898)

---

Au congrès de l'Association Médicale Britannique de Montréal, l'année dernière, je communiquais une courte note sur la "curabilité de l'hypertrophie sénile de la prostate" et j'étudiais sommairement les conditions dans lesquelles on peut et on doit rechercher la guérison, en indiquant les grandes lignes du traitement logique qui conduit à ce résultat.

Aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques, disais-je—et j'ai eu souvent l'occasion de le rappeler depuis devant l'Académie de Médecine, dans une série de travaux sur le même sujet —la disparition totale des accidents survient souvent sous l'influence heureuse d'une thérapeutique appropriée.

Rare déjà au 2<sup>m</sup> stade, elle serait bien plus fréquente au premier, si dès cette époque, les malades comprenant la gravité de leur situation, consentaient à se soumettre aux soins que nécessite leur état, soins dans lesquels les grandes interventions chirurgicales n'ont aucune place, ni aucune indication.

Pourquoi ?

Parce que pendant la longue période de début, les modifications de la prostate sont seules en jeu, que le reste de l'appareil urinaire est encore indemne et que nous pouvons, en supprimant la cause ou les causes qui agissent sur

les glandes, supprimer aussi leurs sérieuses conséquences. Tout cela a été longuement développé, en particulier dans mon ouvrage sur les Glandes de l'Urètre, (Paris 1894).

La prostate, qui, dans les conditions physiologiques contient une fort petite quantité de sécrétions dans la cavité presque virtuelle de ses culs-de-sac et de ses canaux sécréteurs, au premier stade de l'hypertrophie sénile est remplie et dilatée par d'abondants produits stagnants. Examinons donc : la glande, son contenu et les raisons d'être de la stagnation glandulaire.

1<sup>er</sup> La glande est dilatée ; sa cavité est devenue énorme ; ses canaux sont très élargis dans leur portion sous-sphinctérienne ; mais ses parois sont encore intactes.

2<sup>me</sup> Elle contient du suc prostatique peu modifié ; toutefois celui-ci renferme des globules blancs et des cellules épithéliales ; habituellement on n'y trouve point de pus ; il n'est pas cliniquement infecté.

3<sup>me</sup> La stagnation tient à la fois à un trouble excrétoire et à un trouble sécrétoire associés. L'affaiblissement par la distention prolongée des muscles expulseurs intrinsèques des sécrétions prostatiques et la contracture des muscles qui, normalement, oblitèrent les conduits excréteurs suffisent à la provoquer et à l'entretenir, mais elle se complique dès l'origine d'hypersécrétion ; d'où les trois termes : Stagnation, hypersécrétion, dilatation glandulaire.

A la longue, sous l'influence de facteurs étiologiques désormais connus, la paroi glandulaire dégénère, est envahie par la sclérose qui aboutit au néoplasme fibreux où la partie sécrétante de la glande est étouffée. Dans d'autres cas plus graves, c'est l'épithélium qui prolifère et se transforme quelque peu ; alors, on assiste au développement du cancer glandulaire. Ainsi, l'hypertrophie sénile, comme mon maître Reliquet et moi l'avons depuis longtemps établi, au deuxième stade, va, si elle ne s'arrête point, vers la sclérose prostatique totale, sorte de cicatrisation de la glande, ou plus rarement, vers le cancer épithélial.

Le passage d'un stade à un autre se fait insensiblement ; mais tant que la paroi glandulaire n'est que peu sclérosée, la guérison est possible. Rien en effet ne s'oppose absolument en thèse générale—et les fait le prouvent—à ce que l'on fasse cesser la stagnation des sécrétions dans des glandes simplement dilatées. Nous savons en trouver les causes, comme nous connaissons désormais celle du spasme urétral, l'hypersécrétion elle-même, que son mécanisme soit direct (infection de sécrétions stagnantes, simple contact anormal) ou réflexe n'est pas au-dessus de nos moyens d'action. Et les troubles fonctionnels symptomatiques de la prostatomégalie disparaissent dès que la prostate reprend ses dimensions normales et ses cavités glandulaires se débarrassent régulièrement de produits.

En résumé, l'expérience prolongée avait déjà démontré que *l'hypertrophie sénile peut et doit guérir*, quand on la combat *dès le début* par le traitement de ses causes. L'anatomie et la physiologie normales et pathologiques nous avaient aussi dit *pourquoi* et *comment*.

Mais, il n'est pas inutile de revenir souvent sur une question si importante ; car si la lumière est faite pour quelques-uns dont je suis, elle doit encore briller pour tous, et éclairer les cas les plus obscurs en apparence qui deviendront peut-être bientôt les plus simples parce qu'ils seront les mieux connus.

---

## Plexus Veineux Vésico-Prostatiques

PAR

Le Docteur PAUL LOZÉ (de Paris)

---

*Communication faite au Congrès de Médecine de Québec  
(Août 1898.)*

---

Les veines qui sillonnent la partie antérieure de la vessie et de la prostate formant un réseau commun doivent être décrites en même temps ; c'est pourquoi, dans l'étude que nous nous proposons d'en faire, nous les réunirons sous le nom de plexus veineux vésico-prostatiques.

Les larges anastomoses que présentent entre eux les différents plexus veineux du petit bassin, leur dépendance réciproque font qu'il devient difficile de les isoler nettement les uns des autres, cependant nous nous efforcerons de démontrer que les plexus veineux vésico-prostatiques forment un ensemble bien homogène, nettement distinct des autres systèmes veineux du petit bassin par leur distribution et le rôle qu'ils jouent sur les fonctions des viscères en général et sur les organes du petit bassin en particulier.

Si nous recherchons dans la littérature médicale les travaux qui ont trait à la question qui nous occupe, nous n'y trouvons que des descriptions très vagues.

C'est ainsi que Santorini, dans ses *Observationes Anatomicæ* (Leyde 1739), décrit un plexus qui porte son nom et siégeant à la partie antérieure et inférieure de la vessie sans s'occuper de ce qui a trait à la prostate.

Mercier, en 1836, dans le *Bulletin de la Société*

Anatomique, mentionne des recherches sur la prostate ; mais il n'y fait aucune allusion à la circulation veineuse de cet organe. Dans un travail sur la structure de la prostate, Dolier, quelques années plus tard, effleure à peine la distribution du système veineux vésico-prostatique.

Cruveilhier et Paulet n'ont nullement insisté sur l'étude anatomique des plexus prostatiques. Debierre les a plutôt étudiés au point de vue physiologique.

L. Jullien (1) ne fait qu'effleurer la question disant que les veines de la prostate n'ont pas grande importance et qu'il ne faut pas les confondre avec les riches et vastes sinus périprostatiques dans lesquels elles se jettent.

Sappey (2) nous donne une idée d'ensemble du plexus qui nous occupe ; mais sa description est trop générale. D'ailleurs cet auteur a complètement passé sous silence la description des veines qui sillonnent les faces latérales de la prostate.

W. Krause, dans son traité d'Anatomie Humaine, donne quelques détails diffus relatifs à la circulation veineuse du petit bassin, mais n'insiste pas spécialement sur celle de la prostate.

Les classiques eux-mêmes ne nous donnent que des descriptions très succinctes des plexus veineux vésico-prostatiques.

Fort (3) dit simplement que les veines de la prostate se jettent dans les plexus vésico-prostatiques.

Charpy (4) émet l'opinion que les plexus prostatiques occupent les côtés de la glande, communiquant en avant avec le plexus de Santorini, en arrière avec les plexus séminaux et les veines hémorrhoidales, se déversent dans l'hypogastre et ont comme vaisseaux afférents les veines

---

(1) *L. Jullien*.—Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

(2) *Sappey*.—Traité d'anatomie descriptive.

(3) *Fort*.—Anatomie descriptive, T. III. p. 429.

(4) *Charpy*.—Organes génito-urinaires, Toulouse 1890, p. 163.

prostatiques et les grosses veines de la vessie et des vésicules séminales.

Testut (1) n'ajoute aucune conception nouvelle à celles émises précédemment par Charpy.

Plus près de nous, Gillette, dans un mémoire classique étudie la question à un point de vue purement anatomique. C'est ce travail qui a servi de base aux descriptions qui ont suivi et parmi elles, celle que l'on trouve dans la thèse de Tuffier (Paris 1885) et qui définit ainsi qu'il suit les plexus vésico-prostatiques. "Il existe, dit-il, autour de la prostate un véritable carrefour où les veines de la vessie, de l'urètre, de la prostate et les veines hémorrhoidales viennent se donner rendez-vous."

Mais aucune de ces descriptions ne correspond exactement à ce que l'on a sous les yeux dans l'examen des plexus veineux vésico-prostatiques si souvent développés chez le vieillard comme il est aisé de s'en convaincre dans les autopsies. Cette étude détaillée et minutieuse nécessite, pour être pratiquée avec toute la précision nécessaire, le secours des injections vasculaires. C'est à ce procédé que nous avons eu recours, nous guidant dans nos recherches sur les descriptions antérieures contenues surtout dans le consciencieux travail de Ziegler (2) inspiré par Bouchard (de Bordeaux) et dans l'important mémoire de Guépin (3) sur les glandes de l'urètre et dans sa communication à la Société de Médecine de Paris (4). La discussion qui s'en suivit et les observations de Duroziez, Dubuc, Jullien ont contribué en outre à éclaircir certains côtés de la question.

Avant d'aborder la question proprement dite des plexus vésico-prostatiques, nous tenons à exposer la mé-

(1) *Testut*.—Traite d'Anatomie Humaine, T. III. Paris 1894.

(2) *Ziegler*.—Thèse de Bordeaux, (1893-94).

(3) *Guépin*.—Les glandes de l'Urètre. Paris 1894.

(4) *Guépin*.—Communication à la Société de Médecine de Paris, 26 Déc. 1896.

thode que nous avons suivie et à détailler le mode opératoire des injections vasculaires indispensables pour rendre accessibles les plexus prostatiques. Nous avons rejeté les injections au suif, à la poix de Bourgogne et au blanc de baleine qui rendent les vaisseaux trop cassants. Les injections à la gélatine dissoute au bain marie et injectée à 90° se solidifient trop rapidement pour être employées dans les plexus aussi tenus que certains rameaux des plexus prostatiques. Nous n'avons eu qu'à nous louer par contre de l'injection composée de térébenthine, de mélèze et orcanette associées au suif. De même les injections de solution très concentrée de silicate de potasse nous ont également très bien réussi.

Toutefois nous avons eu la précaution d'employer des injections préalables d'essence de térébenthine pour balayer tout élément solide ou liquide des vaisseaux à injecter. Nous avons fait trois de ces injections préalables : l'une par la veine dorsale profonde de la verge, les deux autres par la fémorale. D'ailleurs, tous ces détails nous ont été inspirés par le travail de Ziegler.

---

Les plexus veineux vésico-prostatiques ont besoin, pour être compris facilement, d'être décrits d'une façon tout à fait schématique et artificielle. Mais il faut bien savoir que ces plexus ont une existence propre, qu'ils forment un système à part et que, malgré leurs rapports de voisinage avec le plexus de Santorini, les plexus séminaux et les plexus hémorrhoidaux, il ne se confondent nullement avec ces derniers. Ces différents groupes veineux que nous venons de citer et dont les origines, les rapports et les points de terminaison sont nettement définis présentent seulement des anastomoses avec les plexus vésico-prostatiques en avant, en arrière et en bas, comme nous l'exposerons d'une façon plus détaillée quand nous en aurons fini avec les caractères généraux de ces mêmes plexus.

D'après l'historique que nous rapporté au début de ce travail, on voit que les classiques n'avaient pas, jusqu'à présent, accordé au plexus vésico-prostatiques son autonomie propre, qu'ils l'avaient plus ou moins confondu avec le plexus de Santorini dans un exposé commun bien que le plexus vésico-prostatique soit situé au-dessous de ce dernier. On avait même prétendu que le plexus vésico-prostatique était inextricable ; mais il présente dans le nombre, le volume, une régularité toujours identique et les rapports de ses gros troncs peuvent être exactement suivis jusque dans ses ramuscules les plus tenues.

C'est de la verge, la prostate et la vessie que viennent les veines (ou mieux les lacis veineux dont le groupement simule un canal unique) qui forment les branches afférentes des plexus vésico-prostatiques.

Dans la verge, en effet, c'est la veine dorsale profonde qui se termine dans le quadrilatère veineux antérieur qui encadre la face antérieure de la prostate et que nous décrirons plus loin. Les veines intra-lobulaires de la prostate forment un autre rameau afférent : elles courent à travers la trame musculo-conjonctive du lobule formant de fins rameaux, présentant entre eux de nombreuses anastomoses et viennent se terminer dans le quadrilatère antérieur ou dans les veines latérales. Dans la vessie, elles partent des plexus de l'organe pour aboutir aux branches vésicales antérieures. On voit donc que, par ses origines même, le plexus vésico-prostatique se relie aux autres appareils veineux de l'urètre et de la vessie.

Considérons maintenant les caractères spéciaux des plexus vésico-prostatiques, et pour cela étudions leurs caractères sur chacune des trois faces de la prostate.

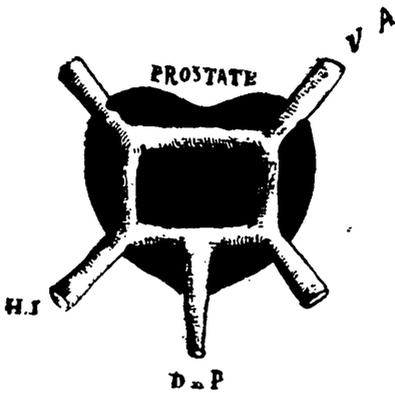
Sur la face antérieure de la prostate, nous remarquons un quadrilatère veineux fortement appliqué contre elle par un tissu conjonctif riche en fibres musculaires lisses (1). Des angles latéraux supérieurs de ce quadrilatère,

---

(1) *Reliquet et Guépin*.—Les glandes de l'Urètre. Tome I, chap. 1er, Paris 1894.

part le groupe des veines vésicales antérieures qui elles-mêmes ne tardent pas à s'infléchir, à s'écarter les unes des autres sur les parois latérales de la vessie pour aboutir bientôt à l'hémorrhoidale moyenne, branche d'origine de la veine porte suivant la plupart des auteurs. (Voir fig. I.)

Figure I



V. A. — Veines vésicales antérieures. H. I. — Honteuses internes.  
D. P. — Veine dorsale profonde de la verge.

La branche inférieure du quadrilatère veineux est formée par le tronc commun aux veines honteuses internes qui débouchent de deux angles inférieurs du quadrilatère. Ces deux veines sont elles-mêmes des branches de l'hypogastrique. En outre, le tronc commun aux honteuses internes reçoit l'abouchement de la veine dorsale profonde de la verge.

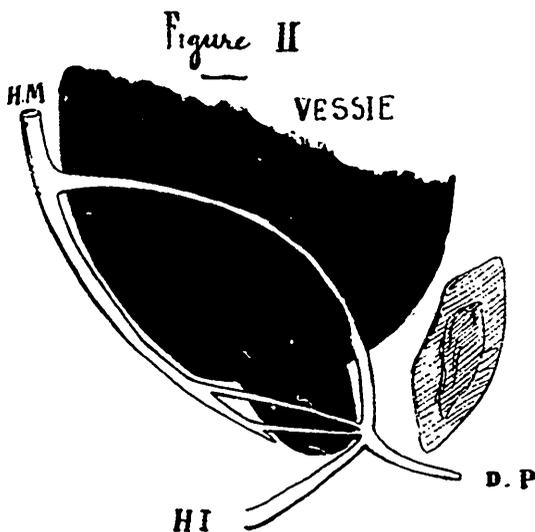
Deux rameaux veineux de gros volume parcourent obliquement les faces latérales de la prostate. Ce sont des veines qui, parties d'une bifurcation des branches inférieures du quadrilatère, veines honteuses internes, vont re-

joindre les branches supérieures, veines hémorrhoidales moyennes. (Voir fig. II.)

La face postérieure de la prostate ne présente aucun rameau veineux macroscopiquement appréciable. Ce sont les conclusions auxquelles arrive Ziegler. Nous avons eu maintes fois l'occasion de les vérifier. (Voir fig. III.)

### DÉDUCTIONS PATHOLOGIQUES.

De l'étude que nous venons de faire des plexus veineux vésico-prostatiques, nous pouvons tirer certaines déductions pathologiques montrant les relations qui exis-



H. I. — Honteuses internes. D. P. — Dorsale profonde.  
H. M. — Hémorrhoidale moyenne.

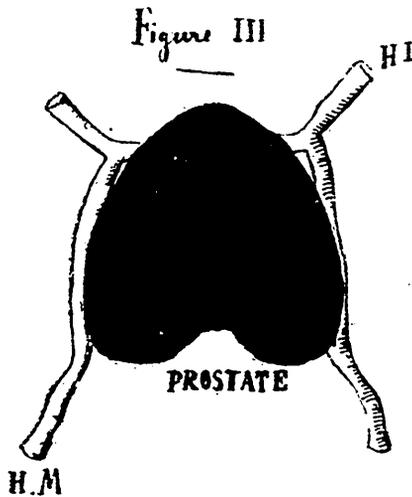
tent entre les troubles de circulation du petit bassin et la prostate et la vessie.

Nous savons que le calibre des veines prostatiques augmente de volume avec l'âge du sujet et c'est à la congestion passive de ces vaisseaux que l'on rapporte les érections douloureuses fréquentes des vieux prostatiques, car

la circulation en retour est gênée par l'inflammation chronique de la glande, d'où stagnation du sang dans les sinus sous-pubiens et prostatiques et production d'érections prolongées ordinairement pénibles.

Les troubles de la miction qu'accuse la polyurie nocturne ou encore la rétention complète d'urine qui accompagne l'hypertrophie de la prostate, sont des phénomènes dont le caractère pathologique est plus nettement affirmé.

Les phénomènes congestifs que nous venons d'exposer expliquent les hématuries rencontrées si souvent au cours



H. I.—Honteuses internes. H. M.—Hémorrhoidale moyenne.

de l'hypertrophie de la prostate, car on sait avec quelle facilité le plus léger traumatisme provoque l'écoulement sanguin chez les prostatiques dont la glande est congestionnée. Dans certains cas même, la congestion a été assez forte pour provoquer des hématuries sans traumatisme préalable.

Les rapports intimes de voisinage et de communauté qui unissent le système veineux de la prostate à la vessie,

expliquent le retentissement que peuvent avoir sur la vessie les affections prostatiques (1).

Enfin nous n'insisterons pas sur les conséquences que peuvent avoir les lésions traumatiques ou inflammatoires de ces veines et les accidents auxquels elles exposent : phlébite, embolie, pyohémie (2).

Voyons maintenant en quoi les troubles de circulation générale peuvent intéresser le fonctionnement de la circulation dans les plexus veineux vésico-prostatiques.

Reliquet (3) dit qu'à l'état du foie peuvent se rattacher des hémorrhagies vésicales et qu'à la suite de cirrhose alcoolique il a vu des congestions violentes de la prostate portées au point d'amener de la rétention d'urine et dans lesquels le cathétérisme ne pouvait être fait sans amener des hémorrhagies. De même il signale, à la suite des maladies du foie, la production des congestions violentes du col vésical de la prostate, et un mot de tous les organes du petit bassin.

Duroziez s'est demandé si un système veineux aussi important que celui de la prostate ne doit pas indiquer de complications prostatiques dans les maladies du cœur ; mais la question n'a pas été encore complètement résolue à ce sujet, bien qu'il soit certain que tout ce qui trouble la circulation du petit bassin ait une influence importante sur la prostate.

En outre, l'absence de vaisseaux sur la face postérieure de la prostate facilite au besoin l'approche de la glande pour les opérations à y tenter.

---

(1) *De Grancourt*.—Les fausses cystites. Thèse, Paris 1895.

(2) *Gulpin*.—Le foyer infectieux prostatogénital. Paris 1896.

(3) *Reliquet*.—Œuvres complètes, T. V. page 75.

## De l'Identité Individuelle par les Rayons X

PAR

Le Docteur FOVEAU DE COURMELLES

Lauréat de l'Académie de Médecine, Licencié ès-sciences, ès-sciences naturelles et en droit, Professeur libre d'Electrotérapie et de Radiographie, Vice-président de la Société Française d'Hygiène, etc.

Les rayons de Roentgen permettent de déceler, même en un corps opaque, les différences de transparence, et par suite, d'avoir des points de repère, des dissemblances ou des ressemblances utilisables. Pour un même tube de Crookes fonctionnant en des conditions semblables, à deux moments déterminés, on aura des différences dans l'intensité roentgénique émise qu'il conviendra de ne pas interpréter comme des différences réelles dans l'examen des objets soumis aux radiations. Mais, ces réserves faites, on a constaté selon l'âge, la structure, la vigueur des sujets, des capacités très différentes de leur système osseux. Ce sont là des éléments très importants au point de vue médico-légal. L'âge du sujet notamment qui montre le tissu en formation est d'une différenciation facile dans les vingt premières années de la vie, car les os ne sont pas encore complètement formés et présentent des solutions de continuité permettant un diagnostic facile. On peut ainsi dresser des moyennes par des albums radiographiques pris aux divers âges de la vie.

L'appréciation, le sens et le pronostic des fractures ont également reçu un appoint des applications des rayons X. Il m'a été donné, il y a 18 mois, et c'est ainsi que la découverte de Roentgen est apparue pour la première fois devant les tribunaux français, d'avoir à examiner un ouvrier couvreur blessé auparavant en exerçant sa profession. Le péroné avait été cassé et bien remis, mais le malade accusait de la douleur et de la faiblesse en marchant, ce qui, disait-il, le rendait incapable de monter sur

les toits, portant des matériaux comme l'exigeait sa profession. Si on l'examinait, il poussait des cris de douleur, mais si on détournait son attention, on sentait le cal bien formé et le malade ne disait plus rien. Aussi avait-on conclu à de la simulation. Nous le soumîmes aux rayons X et pûmes constater le sens de la fracture qui constituait certainement une infériorité professionnelle, à cause de la nature des travaux que ce dernier avait à exécuter et qui, au moindre faux pas, pouvait reproduire la fracture.

En dehors de l'importance médico-légale de ce fait au point de vue particulier pour lequel j'étais consulté, mais il en découle un procédé de recherche de l'identité des personnes. Connaissant une fracture chez un individu même devenu méconnaissable, brûlé en grande partie, sinistré, on peut espérer la retrouver par les rayons X et conclure ainsi que le membre trouvé appartient bien à la personne supposée, signalée comme ayant disparu. Dans l'accident du Bazar de la Charité, du 4 Mai 1897, à Paris, on eût pu, en certaines cas douteux, utiliser cette méthode et déduire de formations calleuses ainsi décelées, l'identité de disparus dont on connaît bien entendu les lésions osseuses, même remontant à une dizaine d'années.

Pour les criminels, à l'examen anthropométrique, on pourrait joindre la connaissance totale squelettique des individus arrêtés ; il est vrai que ce serait long et dispendieux et que l'application n'en est probablement pas prochaine.

Certaines luxations génitales, visibles il est vrai, par l'immobilisation des articulations ou l'impossibilité de certains mouvements peuvent encore servir dans le même sens, ou mieux en vue de la guérison. Dans les manœuvres de l'accouchement, les tractions exercées peuvent amener une désarticulation scapulo-humérale ou coraco-claviculaire dont la délimitation est difficile et pour laquelle le chirurgien a besoin de la radiographie d'ailleurs facile à prendre en montrant de suite les lésions.

## Péritonite tuberculeuse, tuberculose génito-urinaire

Traitement par les injections sous-cutanées d'huile Gaiacolée  
(AMPOULES VAUTHIER-MARC)

PAR

M. LE DOCTEUR DESTERNES

---

Pendant un mois, les choses vont s'améliorant : l'état général se relève, l'appétit renaît, les douleurs n'apparaissent plus qu'au moment des selles et des mictions. La température reste normale ; à deux reprises cependant, le malade est repris brusquement de frisson, la fièvre s'allume, monte à 39°5, puis après 24 heures, sueurs profuses et chute de la température. Notons encore que, durant cette période, le pouls reste constamment élevé, oscillant de 80 à 110. Localement, les choses se modifient peu à peu, la zone d'empâtement se retracte, diminue et fait place dans les fosses iliaques à des indurations noueuses, en forme de boudins irréguliers.

Le D<sup>r</sup> Achard, appelé le 29 octobre, inscrit ainsi son diagnostic : "Péritonite chronique, avec reliquats d'adhérences et d'exsudats caséeux. Poussées congestives appendiculaires. Péricystite."

Le D<sup>r</sup> Denos, appelé le 9 novembre, près de deux mois après le début des accidents, constate les lésions suivantes : par la palpation et la percussion; on trouve des lésions médianes dont le maximum répond à peu près au milieu d'une ligne allant de la symphyse pubienne à l'ombilic, occupant la région sus-vésicale et s'étendant de chaque côté au-delà de la vessie. Dans le flanc gauche, indurations ganglionnaires ; dans le flanc droit, l'empâtement s'étend jusqu'à la région cœcale. Par le rectum, on trouve la région prostatique masquée par une sorte d'empâtement

du tissu cellulaire prérectal. Les contours de la prostate sont peu nets, et au-dessus l'on perçoit une grosse masse médiane, bosselée, se terminant par un bord inférieur presque rectiligne et dont les limites latérales ne peuvent être atteintes. En somme, masse inflammatoire très étendue, encapsulant la vessie, s'étendant en arrière vers la région prostatopéritonéale, s'étendant dans le flanc droit jusqu'au cœcum.

L'état du malade allait toujours s'améliorant ; il commençait même à se lever, quand, brusquement, sans que rien ait pu faire prévoir cet incident après deux mois de maladie, il rendit dans une miction un demi-litre de pus. Pendant douze jours, l'urine est chargée de pus. L'état général demeure excellent, le pouls même redevient normal. Puis l'urine, redevenant limpide, les malaises, les sueurs, l'insomnie, l'agitation du pouls reparaissent, la rectite glaireuse s'accroît et le 20 novembre l'évacuation du pus se fait par les selles. On arrive même à s'apercevoir, par le toucher rectal, une ouverture située à deux centimètres environ au-dessus de la prostate. Cette évacuation purulente persistera durant des mois, s'accompagnant bientôt de toutes les productions de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Traitement institué : Lavages rectaux très chauds, à l'eau boricuée.—Benzonaphtol, salol, quinquina, révulsifs abdominaux : teinture d'iode, pointes de feu. Enfin sur le conseil de M. Desnos, injections sous-cutanées d'huile gâicoolée. Nous injectons, dans les muscles de la fesse, dix centimètres cubes d'huile stérilisée contenant un gramme de Gâïacol pur cristallisé synthétique (deux ampoules Vauthier-Marcq), d'abord tous les deux jours, puis tous les jours.

---

## REPRODUCTION

**THERAPEUTIQUE**

PAR

M. le Docteur GEORGES LEMOINE

## COLIQUE HÉPATIQUE

La lithiase biliaire n'est pas un accident isolé, tout local, et le simple effet d'une hygiène défectueuse ; elle se relie, par des liens plus étroits, à toute une série d'autres états morbides auxquels elle succède ou qu'elle remplace, faisant ainsi partie d'une grande famille naturelle de maladies. Ainsi que l'a fait remarquer Bouchard, on trouve le plus souvent, en remontant dans l'hérédité de ces malades, une des multiples manifestations de l'arthritisme : rhumatisme articulaire, obésité, goutte, migraine, gravelle, diabète, etc. Nous ne connaissons guère les modifications intimes subies par la bile et qui provoquent la formation des calculs, mais nous savons cependant que le catarrhe des voies biliaires, conséquence fréquente du catharthe de l'intestin, joue un certain rôle. Cliniquement, la lithiase peut présenter les aspects les plus différents : elle peut rester latente ou donner lieu à des douleurs sourdes et profondes dans l'hypochondre droit quand les calculs se développent dans les canaux intra-hépatiques, ou encore, c'est le cas le plus fréquent, déterminer des accès de coliques quand les calculs s'engagent dans les conduits biliaires.

L'accident par lequel la lithiase se manifeste ordinairement et qui nécessite l'intervention du médecin est la colique hépatique ; mais une fois que celle-ci a cédé à la médication il y a lieu d'instituer un traitement, ou mieux un régime préventif, dans le but d'empêcher son retour.

La colique hépatique se manifeste presque toujours d'une façon brusque ; parfois elle est annoncée par de la pesanteur dans l'hypochondre droit et des troubles digestifs. Quand elle éclate, elle se traduit par des douleurs vives dans la région de la vésicule biliaire et au voisinage de l'ombilic, douleurs qui s'irradient souvent dans tout le ventre, moins cependant que les douleurs

des coliques néphrétiques ; elle s'accompagne de troubles réflexes nombreux et particulièrement de vomissements. L'ictère peut aussi se montrer à ce moment-là et persister pendant longtemps, après la cessation de la crise.

En dehors des crises, la lithiase peut se manifester par une sensation de gêne et de pesanteur dans l'hypochondre droit, par de l'ictère, des troubles gastro-intestinaux, et quelquefois même par une sorte de fièvre intermittente bilieuse, de durée variable, et qui est due à la présence de petits calculs ou de sable dans les voies biliaires hépatiques.

Il ne faut guère espérer pouvoir apporter un soulagement à la crise douloureuse à laquelle le malade est en proie, au moyen de calmants administrés par la voie buccale.

Les vomissements, qui ne font presque jamais défaut, s'opposent à ce que l'estomac ait le temps d'absorber les liquides qui y sont introduits, et on court le risque d'augmenter les nausées ; le plus souvent même l'intolérance gastrique est telle que tout liquide est rejeté aussitôt introduit. Cependant, lorsque les vomissements font défaut, on peut avoir recours, soit à des potions éthérées, soit à des potions chloroformées :

Potions :

Potion gommeuse.....	100 gr.
Éther sulfurique.....	4 —
—————	
Chloroforme.....	1 gr.
Teinture de Myrrhe.....	1 —
Mucilage de gomme.....	8 —
Sirop simple.....	80 —

On les fait prendre par cuillerées à bouche administrées de quart d'heure en quart d'heure. Nous recommandons particulièrement l'éther qui paraît amener une diminution des spasmes musculaires, favorable à la disparition de la douleur. Quand les vomissements ne sont pas trop fréquents et n'occasionnent pas d'efforts trop considérable, il ne faut pas chercher à les arrêter, car ils amènent toujours un certain soulagement. Mais, dans le cas contraire, on doit essayer de les arrêter en faisant avaler au malade de petits morceaux de glace.

Très souvent, une soif extrême et une grande sécheresse de la bouche sont la conséquence de l'état gastrique ; il convient, pour les calmer, de faire boire le malade souvent et par très petites quantités à la fois, de façon à ne pas remplir l'estomac de liquides et à éviter de nouveaux vomissements. C'est pour le même motif qu'il faut, dans les cas où la crise est d'une certaine

durée, soutenir le malade, uniquement au moyen d'aliments liquides, bouillon de bœuf froid ou glacé, lait en faibles quantités; éviter soigneusement l'emploi des aliments solides, sauf lorsqu'une acalmie permet la digestion de ces derniers.

C'est à la médication externe que l'on doit surtout avoir recours, et il est permis de puiser largement parmi les nombreux modes de traitement qu'elle met à notre disposition. Si leur efficacité, en temps que moyen curatif, est douteuse, ils n'en procurent pas moins, dans la majorité des cas, un soulagement partiel très appréciable; ils occupent le malade, ils détournent un peu sa pensée, ils lui font espérer la prompte disparition de ses souffrances et, il faut bien le dire, suffisent dans certains cas pour amener à eux seuls la fin de la crise. La plupart du temps, cependant, ils ne constituent qu'un adjuvant d'une médication plus énergique, celle par les injections de morphine ou d'antipyrine.

**Médication externe.** — De tous les topiques, celui qui est le plus facile à employer, et que, au reste, le malade est toujours le premier à réclamer, c'est le *cataplasme*. Il faudra le faire très large et très peu épais, de façon que, par son poids, il ne détermine pas de gêne; il devra être très chaude et renouvelé d'heure en heure; pour mieux maintenir sa température, à un degré plus élevé, il sera bon de le recouvrir d'une épaisse couche de ouate revêtue elle-même d'une toile caoutchoutée ou d'un carré de linge plié en plusieurs doubles. Il va sans dire que c'est principalement sur l'hypochondre droit que le cataplasme devra s'étaler, mais comme il ne faut pas oublier que les irradiations douloureuses sont parfois très étendues, il pourra avec avantage s'étendre largement sur les régions voisines. Tout autre moyen ayant pour but de maintenir une chaleur assez élevée sur les parties malades peut être employé à sa place; des serviettes chaudes souvent renouvelées, une brique chaude entourée de linge, une bouillotte; etc., remplissent le même rôle que le cataplasme. Il est vraisemblable que toutes ces applications chaudes agissent en déterminant une douleur superficielle qui prend la place de la douleur profonde, et la modifie; c'est l'explication que donne Sénac, et à laquelle nous nous rallions pleinement. Nous déconseillons complètement l'emploi des topiques médicamenteux, tels que les onctions à la belladone, les frictions au chloroforme, les sinapismes, qui n'ont généralement aucun effet actif et qui, du reste, ne peuvent en avoir qu'à condition d'être employés à fortes doses. Les deux derniers agents que nous venons de citer ont en plus l'inconvénient d'irriter la peau et d'être, après la guérison de la crise

hépatique, l'occasion de douleur et de gêne prolongées. Quelques gouttes de laudanum versées à la surface d'un cataplasme, constituent un très léger calmant dont on peut se servir mais en l'action duquel il ne faut pas avoir trop de confiance.

Toutes les fois que la chose sera possible, c'est à des bains plus ou moins prolongés et répétés plus ou moins souvent suivant les cas, qu'il faudra surtout avoir recours. Leur action calmante est très manifeste et parfois, à eux seuls, ils suffisent à amener une prompte fin de l'accès. La durée de chaque bain doit être subordonnée aux conditions particulières dans lesquelles se trouve le malade, plus elle sera longue, et mieux cela vaudra. Il ne faut pas craindre de donner des bains d'une température élevée, car les malades sont presque toujours très sensibles au froid et ne redoutent nullement une chaleur un peu forte de l'eau ; ce qui est préférable, c'est de faire entrer le malade dans un bain à 30° et d'en élever la température à 34° et même 35° et de l'y maintenir. Les bains doivent se succéder à intervalles assez rapprochés, et même il est commode pour le malade d'avoir sa baignoire dans la chambre où est son lit, afin de pouvoir à son gré se couler ou se remettre dans l'eau.

Nous ne parlons que pour mémoire des *émissions sanguines*, soit locales, par l'application de ventouses scarifiées ou de sangsues sur la région hépatique, soit générales par une saignée au bras ; leur emploi est difficile et leur efficacité douteuse.

Si l'on hésite à recourir aux injections de morphine, qui sont cependant le meilleur traitement de l'accès, il y a grand avantage à se servir de *suppositoires* opiacés et belladonnés ; selon les deux formules suivantes, empuntées à Charrière et Sénac :

Suppositoires :

Extrait de belladone .....	} à 0 gr. 02
Extrait d'Opium .....	
Beurre de Cacao.....	

Extrait d'opium .....	0 — 01
Poudre de castoreum.....	2 —
Beurre de cacao.....	4 —

Il n'est jamais besoin de dépasser le nombre de six de ces suppositoires pour obtenir une cessation complète des douleurs. On emploie les deux premiers avec un intervalle d'une demi-heure, et d'une heure pour les suivants. Malgré la dose assez forte de belladone, on n'observe jamais de symptômes d'intoxication, et il semble qu'un individu souffrant de coliques hépati-

ques peut absorber sans inconvénient, par le rectum, 0,12 centigrammes de belladone en quelques heures. Les médecins de Vichy recommandent tout particulièrement ce mode de traitement, et quelques-uns s'enservent d'une façon presque exclusive.

Les *lavements laudanisés* remplissent à peu près les mêmes conditions que les suppositoires et peuvent, selon les cas, leur être substitués. Nous ferons seulement remarquer qu'il ne sont pas toujours d'un emploi commode, car les vomissements et les contractions musculaires de tous genres que la souffrance produit chez le malade l'empêchent de conserver les lavements un temps suffisamment long pour le principe actif soit absorbé. Pour cette raison, nous leur préférons les suppositoires.

**Narcotiques et anagésiques.** — Les injections sous-cutanées de *morphine* sont certainement le moyen le plus sûr pour obtenir rapidement la cessation de la crise. La méthode hypodermique présente le grand avantage de ne pas fatiguer l'estomac, ce qui arriverait si l'on donnait le médicament en potion, et d'agir très vite. Chez quelques malades, la douleur disparaît tout à fait au bout de cinq à quinze minutes ; chez d'autres, l'effet se fait attendre plus longtemps ; ceci dépend de la violence de la crise et aussi du plus ou moins de résistance du malade à la morphine. Dans ces cas, il faut augmenter la dose, et encore le soulagement est-il presque toujours incomplet.

En général, la morphine amène le sommeil, ou plutôt un certain assoupissement pendant lequel le malade est en proie à un malaise vague, dont l'origine est la douleur hépatique qui se fait toujours sentir un peu. Quand il en sort, il arrive quelquefois qu'il n'éprouve plus qu'une sensation de gêne et d'endolorissement dans l'hypochondre droit, la crise étant terminée ; d'autres fois la douleur reparaît, et une nouvelle injection est nécessaire.

C'est à dose très faible qu'il faut donner la morphine ; il est indispensable de tâter, pour ainsi dire, son malade, de façon à obtenir le maximum d'effet avec le minimum de médicament. On fera donc d'abord une injection de 5 milligrammes de chlorhydrate de morphine, puis, si le calme ne s'est pas produit après vingt minutes d'attente, on répètera l'injection. Presque toujours cela suffit, et une troisième injection est inutile. Comme la morphine pourrait provoquer des vomissements et ajouter ainsi à l'embarras gastrique déjà existant, il est bon de lui associer l'atropine et de formuler de la façon suivante :

## Solution pour injections :

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 10
Sulfate neutre d'atropine.....	0 — 05
Eau de laurier-cerise.....	20 —

Une seringue de Pravaz, ou autrement un centimètre cube d'eau, contient 5 milligrammes de morphine et un demi-milligramme d'atropine.

L'emploi des injections de morphine, que nous conseillons vivement, a été pendant longtemps attaqué par des praticiens très distingués qui prétendaient que, loin de calmer la crise douloureuse, elle ne faisait que la prolonger. Pour Sénac, la colique hépatique étant un acte pathologique actif, dont le but est l'expulsion des calculs biliaires, en agissant contre elle on agit contre le mode de guérison que nous indique la nature elle-même. Il donne comme preuve à son assertion que le traitement suivi à Vichy a précisément pour but de provoquer des accès de colique, de façon à vider le vésicule de tous les calculs qui l'encombrent. Or pour lui, la morphine, en arrêtant le spasme des conduits biliaires, entrave la locomotion des calculs qui y cheminent et favorise leur retour à la vésicule. On ne calme donc un accès que pour en favoriser un second. Il est inutile que nous réfutions ici l'opinion de l'éminent médecin de Vichy, car lui-même a reconnu ce qu'il y avait de mal fondé dans la façon absolue dont il exprimait sa théorie, il y a quelques années.

D'après nous, loin d'empêcher la migration des calculs, l'arrêt du spasme musculaire que détermine la morphine la favorise. Il en est du cholédoque comme des uretères ou de l'urètre : une contraction violente des muscles lisses, autour d'un calcul, amène son enclôture et s'oppose à sa marche en avant. Au contraire, sa disparition lui ouvre un chemin plus large dans lequel le poussent les liquides qui s'accumulent derrière lui. Il n'y aurait une raison à respecter le spasme du conduit que si la présence du calcul déterminait dans les muscles de la paroi des mouvements péristaltiques réguliers ayant pour but de le pousser peu à peu au dehors. S'il ne faut pas se laisser influencer par des craintes théoriques et s'il est bon d'employer la morphine, il faut cependant reconnaître avec Sénac que son emploi doit être réservé pour les cas exceptionnels où il existe un intérêt puissant à faire disparaître la colique hépatique le plus rapidement possible. Les indications de ce traitement sont donc : une crise trop prolongée, des douleurs extrêmement intenses ou l'apparition de symptômes graves tels qu'une syncope ou

autres accidents nerveux. L'existence chez le malade d'états pathologiques peuvent s'aggraver par le fait de la prolongation des douleurs, constitue aussi une indication de la morphine qu'il ne faut pas négliger.

Déjà, avant que la morphine soit entrée dans le domaine de la thérapeutique usuelle, on avait songé à se servir des autres médicaments soporifiques, et le chloral, en particulier, avait été prôné. Le *chloroforme* eut aussi sa période de vogue et l'on a conseillé pendant un certain temps de faire faire au malade des inhalations pouvant amener un certain degré d'assoupissement et même de l'anesthésier complètement. Nous repoussons ces méthodes ; le chloral, parce qu'il fatigue l'estomac et que son absorption est alors très difficile ; le chloroforme, parce que ses inconvénients priment de beaucoup les avantages qu'il peut offrir. Nous sommes moins opposés aux lavements de chloral qui ont souvent de bons effets, mais nous leur adressons le même reproche qu'aux lavements laudanisés.

Les injections sous-cutanées d'*antipyrine* qui ont été très recommandées dans ces derniers temps, atténuant bien, dans une certaine mesure, la violence de la crise, mais ne réussissent que dans un petit nombre de cas à calmer tout à fait la douleur. Nous n'avons pas eu beaucoup à nous en louer lorsque nous les avons employées, le soulagement qu'elles amènent est incomplet. L'*antipyrine* fait disparaître les douleurs irradiées vers l'épaule, vers l'estomac et dans l'abdomen, mais reste sans effet et bien net sur la douleur de la région hépatique. La dose à employer doit varier entre 2 et 4 gr.

**Huile.**—Une méthode que nous devons recommander, est celle qui a été signalée, il y a environ cinq ans, par le docteur Touatre, de la Nouvelle Orléans. Elle consiste à faire prendre au malade 400 gr. d'*huile d'olives pure* par cuillerées, et en une demi heure environ, et lui faire attendre, couché sur le côté droit, que des selles diarrhéiques se produisent, ce qui arrivent 8 à 10 heures après. Un purgatif, 2 grammes d'huile de ricin par exemple, donné une heure avant ou après l'huile d'olive, favorise son action ; les selles sont remplies d'un nombre considérable de calculs biliaires. L'avantage de ce mode de traitement est d'abord, de faire disparaître la douleur très rapidement, puis de favoriser l'élimination des calculs sans produire de crises pénibles. Nous avons eu, pour notre compte, souvent l'occasion d'expérimenter la médication préconisée par le docteur Touatre, et toujours le succès répondit à notre attente, en ce sens que les douleurs

s'amendèrent très rapidement et que les selles présentèrent un nombre considérable de calculs de volume variable, mous et verdâtre.

Cette méthode possède une efficacité réelle presque certaine puisqu'elle coupe court habituellement à l'accès. C'est un moyen à employer, ne fût-ce qu'à cause de son innocuité même ; les malades supportent presque toujours très facilement cette quantité d'huile et c'est à peine s'ils éprouvent quelques nausées. La manière la plus commode de l'administrer consiste à la donner par cuillerées à bouche et à faire disparaître son goût désagréable en donnant à sucer au malade une tranche d'orange ou de citron. Il faut être bien prévenu que la colique hépatique ne présente pas toujours l'aspect que nous avons décrit et les symptômes bruyants dont nous avons indiqué le traitement.

**Formes anormales.**--Sans revenir sur le diagnostic différentiel des coliques hépatiques avec les coliques néphrétiques et les névralgies intercostales et phréniques, il est utile de dire quelques mots de quelques causes d'erreur moins connues et par conséquent plus intéressantes.

C'est ainsi que certaines *aortites*, en déterminant des douleurs irradiées, peuvent simuler des coliques hépatiques ainsi que Bucquoy et Huchard en ont cité plusieurs exemples. Inversement, la colique hépatique peut, par sa violence même, faire croire à un étranglement interne et même à une péritonite. Il faut se méfier de celle qui survient quelques heures après un accouchement et qu'il est facile de prendre, par conséquent, pour une péritonie puerpérale.

Il est tout aussi nécessaire, pour ne pas commettre des fautes de thérapeutique, d'avoir présentes à l'esprit les *formes anormales* de coliques hépatiques. Il existe dans la science un certain nombre de cas où la douleur provoquait un tel retentissement sur le système nerveux et sur le cœur qu'une syncope parfois mortelle en fut la conséquence. D'autre fois, la colique hépatique revêt la forme comateuse, dans laquelle les phénomènes dominants sont constitués par de l'agitation, du délire et de la stupeur. Elle donne l'illusion d'une fièvre typhoïde. Très probablement il s'agit là d'une véritable urémie d'origine hépatique qu'explique très bien le rôle important que joue le foie dans la production de l'urée. Les cas de ce genre sont extrêmement graves. Cependant quand un diagnostic précis est fait à temps, il y a toujours quelques résultats à attendre d'un traite-

ment révulsif énergique, appliqué sur la région hépatique, et de l'emploi des stimulants du système nerveux.

Les formes frustes sont bien plus fréquentes : tantôt l'accès n'est plus constitué que par des symptômes gastriques ou par une douleur très vive, mais localisée en un des points où se font d'habitude les irradiations douloureuses. De l'ictère accompagné d'accès de fièvre avec frissons et de tuméfaction du foie, ou simplement de l'ictère avec malaises vagues, peut constituer toute la maladie. Huchard insiste sur une forme fruste qui consiste essentiellement en des crampes d'estomac qui simulent une affection gastrique ; ces crampes, très douloureuses, reviennent tous les mois ou tous les deux mois en affectant une intermittence singulière. Elles offrent ceci de particulier qu'elles se manifestent une ou deux heures après le repas, ce qui n'a pas lieu pour la gastralgie véritable, et qu'elles sont suivies d'une guérison complète et rapide. Les urines de ces pseudo-gastralgiques présentent toujours les réactions de la bile. Le diagnostic en pareil cas est toujours difficile, mais il importe beaucoup qu'il soit fait, car dans les deux cas, le traitement est essentiellement différent.

D'autres fois, la colique hépatique affecte une durée insolite et se prolonge même pendant plusieurs mois, par une série d'accès subintrants. Cette forme est essentiellement rebelle au traitement. On peut essayer contre elle les diverses méthodes que nous avons signalées, mais ce sont particulièrement des applications répétées de pointes de feu qui réussissent le mieux en pareil cas.

Après que la crise de coliques hépatiques est terminée, le malade reste faible et brisé pendant plusieurs jours, il ressent encore un malaise vague dans la région de l'hypochondre droit, éprouve de l'inappétence et se trouve sujet à une constipation opiniâtre. Il doit rester au lit, continuer à entretenir des cataplasmes sur le côté droit, et à prendre quelques bains. L'alimentation doit consister en bouillon, potages, viandes légères, et la constipation doit être combattue par des lavements ou par un ou deux verres d'eau purgative. Sénac n'est pas d'avis de donner à ce moment un purgatif énergique, car il pense qu'il y a moins d'inconvénients à laisser séjourner quelques calculs dans l'intestin pendant trois ou quatre jours qu'à fatiguer le malade en provoquant une nouvelle crise.

---

## Comment meurent les diabétiques et comment ils doivent vivre

PAR

M. le docteur P. LE GENDRE

Les diabétiques ne sont pas très rares dans nos hôpitaux, puisque nous en avons eu récemment deux en même temps dans notre service d'hommes ; ils jouent cependant un rôle beaucoup moins grand dans notre pratique nosocomiale que dans la clientèle urbaine. Aussi ai-je profité de l'occasion qui m'était fournie par le passage de ces deux diabétiques à la salle Barth pour vous parler assez longuement de certains points de la clinique du diabète.

Je vous ai fait remarquer que, de ces deux diabétiques, l'un, ayant une glycosurie modérée, était un israélite d'une cinquantaine d'année, obèse, exerçant la profession de tailleur, c'est-à-dire qu'il répondait au type le plus commun du diabète, celui qu'on nomme athritique à cause de sa parenté avec les diverses manifestations de la diathèse bradytrophique. Notre malade était prédisposé par sa race, qui fournit un si fort contingent de diabétiques, et par ses habitudes sédentaires ; il a vu apparaître insidieusement sa glycosurie vers la quarantaine ; il n'en est que peu incommodé et, après que lui nous avons fait baisser très notablement le taux de son sucre par un régime un peu plus sévère que celui qu'il suivait chez lui et par une cure alcaline, il est reparti en parfaite santé apparente. Vous m'avez entendu lui donner avant son départ un assez grand nombre de conseils relatifs à son hygiène et lui dire qu'un diabétique, même quand il n'éprouve aucun malaise, doit toujours se surveiller.

L'autre diabétique représente un type différent : c'est un cas de diabète nerveux : névropathe, alcoolique, cet homme a vu survenir sa glycosurie à la suite d'un traumatisme assez violent (chute sur la région occipitale) ; il est amaigri, sans force, excrète près de 200 grammes de sucre par jour ; il est entré surtout dans le service par une balanoposthite avec phimosis qui présentait une fâcheuse tendance au sphacèle, mais qui a été enrhyée par des soins antiseptiques munitieux. Ce malade a eu

aussi de la bronchite grippale ; vous m'avez vu ausculter, percuter avec soin ses sommets, m'enquérir de la présence possible de bacilles de Koch dans ses crachats. Je ne pense pas que cet homme nous quitte d'ici à longtemps, car son diabète suit une marche progressive, cachectisante. Si ce pauvre malade avait le moyen de vivre ailleurs que dans nos salles d'hôpital, je lui aurais donné le conseil de les fuir au plus tôt, attendu qu'il a les plus grandes chances de s'y tuberculiser promptement au voisinage de nos nombreux phthisiques. J'ai fait mon possible pour lui éviter la contagion en l'isolant dans une chambre où il n'y a pas de tuberculeux. Il est d'ailleurs dans de moins mauvaises conditions hygiéniques au point de vue de la ventilation de ses poumons dans notre bel hôpital Tenon, où de vastes fenêtres dominant tout Paris laissent entrer à flots l'air et la lumière, que dans les hôpitaux du centre de la capitale. Vous me voyez encore m'inquiéter de temps en temps de l'odeur de son haleine, et faire rechercher la présence d'acétone dans ses urines, un diabétique dont le système nerveux est demeuré profondément déprimé depuis son traumatisme ayant peut-être plus de chances qu'un autre de réaliser le coma diabétique.

Que de dangers, en effet, menacent les diabétiques ! Il est rare, vous ai-je dit, et même exceptionnel qu'on meure directement du diabète : on meurt presque toujours d'une complication. Ce n'est guère que dans le diabète dit pancréatique que le patient succombe aux progrès du marasme et de la dénutrition ; or, avec de bons auteurs, comme mon maître le professeur Bouchard, on peut dénier à la glycosurie des malades atteints de lésions du pancréas (néoplasme ou sclérose lithiasique) le nom de diabète. Les sujets frappés de dégénérescence du pancréas sont voués à une déchéance irrémédiable, quoi que nous fassions, en l'espace de quelques mois, ce n'est pas d'eux que je vous parle quand j'insiste sur les précautions que doivent prendre les diabétiques pour éviter les complications intercurrentes qui abrègent la vie du plus grand nombre d'entre eux. Je vise les individus atteints de ce trouble universel de la nutrition, par suite duquel les tissus ne suffisent plus à consommer le sucre versé dans le sang par la fonction glycogénique. Ce trouble nutritif, qui paraît découler de ce que le système nerveux est inhibé dans sa fonction régulatrice des échanges nutritifs, peut être la conséquence de perturbations primitives des centres nerveux ou n'être qu'un des modes de ce dérèglement général héréditaire des échanges de la diathèse arthritique.

Diabète nerveux ou diabète arthritique, voilà l'état pathologique qui, variable en ses degrés, polymorphe dans ses manifestations, insidieux presque toujours dans ses débuts, longtemps méconnu des médecins qui n'analysent pas systématiquement l'urine de tous leurs malades, permet à ceux qui en sont atteints de fournir une longue carrière, s'ils suivent nos conseils et savent régler leur vie d'une certaine façon, mais qui leur fait sans cesse côtoyer des abîmes dont votre devoir est de leur signaler le voisinage et la profondeur. C'est à développer ce thème que je vais m'appliquer, en vous citant chemin faisant quelques exemples significatifs empruntés à ma pratique de l'hôpital et de la ville.

Bon nombre de diabétiques succombent à des accidents nerveux affectant tantôt la forme du coma, tantôt celle du collapsus. La cause occasionnelle qui vient rompre un équilibre instable peut être tantôt un surmenage professionnel ou cérébral, tantôt un shock opératoire ou un traumatisme. Voici des exemples de ces différents cas :

Un de mes maîtres, aliéniste éminent, écrivain fécond, professeur très écouté, avait toutes les allures d'un diabétique : obésité, grand appétit, soif habituelle. Pareil à tant de médecins, il négligeait absolument sa santé. A l'occasion d'une excoriation assez rebelle qu'il avait eue, un de ses confrères lui avait conseillé de faire rechercher le sucre dans ses urines, il n'en fit rien. Je n'ai jamais vu personne mettre autant de morceaux de sucre dans son verre d'eau, quand il faisait son cours. Après avoir éprouvé pendant quelques jours une sensation insolite de fatigue, il s'alite un soir avant son heure habituelle ; le lendemain il s'aperçoit qu'il peut à peine remuer ses jambes dans son lit, sa parole est pâteuse, embarrassée et il m'envoie chercher. Je le trouve somnolent, avec un facies hébété, une parésie très accentuée des quatre membres, une dyspnée sans aucun signe stéthoscopique. Je soupçonnais depuis assez longtemps son diabète ; aussi mon premier soin fut-il de m'emparer du vase de nuit et d'en emporter le contenu chez le pharmacien le plus proche : le dosage décèle 400 grammes de sucre ; vingt-quatre heures plus tard, cet homme excellent succombait sans secousse aux progrès continus du coma.

J'ai soigné pendant quelques années un diabétique qui professait le plus complet dédain pour mes recommandations ; il me consultait, disait-il, « pour faire plaisir à sa famille ». J'avais découvert sa glycosurie par hasard : il était venu me parler d'une chute dans la rue, chute qu'il attribuait à la maladresse ou à la

malveillance d'un cocher, mais qui était due principalement à une parésie graduelle des membres inférieurs par névrite, car plusieurs fois il se laissa ainsi renverser sans autre inconvénient que quelque meurtrissure légère, après quoi il se relevait et rentrait chez lui avec résignation. Un beau jour, cependant, il resta sur le sol et dut être porté, d'abord à l'hôpital le plus proche, puis chez lui. Mon collègue Quénu, que j'avais appelé, ne constata que des contusions et quelques plaies insignifiantes du visage et des membres ; il n'y avait ni fracture, ni luxation, ni phénomènes abdominaux. Le malade n'avait pas perdu connaissance, il avait eu seulement une évacuation involontaire de matières fécales. Mais certains symptômes me parurent alarmants : l'indifférence assez étrange du patient, qui ne paraissait point préoccupé des conséquences de sa chute malgré les visages soucieux de ses proches, le refroidissement du corps, (température rectale : 35° 5) et surtout l'anurie. Malgré des injections sous-cutanées de sérum artificiel, la diurèse ne se rétablit point. Le pouls devint misérable, et quarante huit heures après sa chute le malade s'éteignit doucement. C'est là du shock, du collapsus et non du coma diabétique.

J'ai observé un autre cas de collapsus chez un diabétique soumis à un traumatisme. Les urines ne furent point supprimées ; le malade tomba dans un état soporeux avec résolution musculaire complète. Seulement, fait singulier, la glycosurie, qui avait été constatée quelques jours encore avant l'accident, cessa brusquement ; on ne trouva plus de sucre dans les urines émises jusqu'à la mort.

Un pharmacien fort intelligent, qui occupait dans sa profession une des plus hautes situations, s'aperçut, un jour, vers la trentaine, qu'il était diabétique. Analysant des urines diabétiques, il voulut examiner les siennes par comparaison comme type d'urine normale et fut désagréablement surpris d'y trouver du sucre en quantité assez importante. Il étudia la question du traitement du diabète et se convainquit de la nécessité de se créer un genre de vie spécial : il y réussit tellement bien qu'à soixante ans, quand je le connus, il était en parfaite santé, quoique toujours glycosurique. Il avait non seulement suivi les règles les plus sages pour l'hygiène physique, mais il insistait, dans les conversations fréquentes que nous avon eues ensemble, sur le soin avec lequel il avait fui les causes de perturbation morale ; il évitait les occasions de surexcitation nerveuse et se dosait avec un égal soin l'émotion et le plaisir. Mais s'il est possible de

se montrer sobre en fait de plaisirs, quand on est homme on n'est jamais à l'abri du chagrin et un moment vint où le malheur atteignit mon client de cruelle façon. Dès lors que je le vis faiblir ; l'artériosclérose, relativement modérée, n'avait jusqu'alors troublé d'une manière appréciable ni le cœur ni le rein ; survinrent peu à peu la dyspnée d'effort, l'albuminurie et l'œdème malléolaire ; puis, une attaque d'influenza, et l'albuminurie, d'insignifiante qu'elle était, devint importante. Malgré le régime et des médications appropriées, la glycosurie et l'albuminurie ne rétrocédèrent pas. Cependant il est probable que les choses se seraient prolongées un certain temps encore lorsqu'une opération chirurgicale des plus légères intervint. Pendant l'attaque d'influenza il s'était produit une de ces otites grippales dont vous savez la fréquence ; une suppuration modérée de la caisse persistait malgré des soins attentifs, et le malade réclama une intervention plus radicale, qui fut exécutée par les spécialistes les plus autorisés, mais sur l'opportunité de laquelle je ne fus point consulté. Si on m'eût demandé mon avis, il eût été pour l'abstention. . . Le soir même, l'opéré tombait dans un état comateux, pour lequel je fus appelé dans la nuit, mais je ne pus que constater l'agonie.

Je ne veux pas conclure de ce fait qu'il n'est guère possible, comme on le croyait avant l'ère de la chirurgie aseptique, d'entreprendre ces opérations chez des diabétiques. Dans bien des cas on en opère avec succès aujourd'hui pour la cataracte ; on a amputé chez les diabétiques des membres atteints de gangrène, drainé des phlegmons, incisé des anthrax. Mais il ne faut tenter que les opérations strictement nécessaires, car l'issue en est toujours incertaine.

Le foie, le rein, l'appareil circulatoire sont trois points faibles chez le diabétique.

Le premier de ces organes n'est probablement jamais sain dans le diabète ; si bien que certains pathologistes ont fait pivoter toute la maladie autour de lui. Chez la plupart des diabétiques, le foie est augmenté de volume, soit par hyperémie d'origine nerveuse, soit par hypertrophie des cellules qui travaillent avec suractivité.

(A suivre.)

---

## Le Docteur Montizambert et la Quarantaine

Sous cette rubrique, notre confrère distingué, le « Montreal Medical Journal » publie, dans son numéro de juillet, un article éditorial dans lequel il déclare : « qu'il a appris avec une extrême surprise que le gouvernement se propose de remplacer le D<sup>r</sup> Montizambert, un homme d'une si grande réputation et d'un mérite reconnu, par un confrère qui n'a aucune expérience pratique des choses d'une quarantaine. » Puis il affirme que ce serait diminuer le prestige dont notre système de quarantaine jouit en pays étranger.

Enfin il exprime l'espoir qu'une pareille faute peut encore être évitée si les grandes compagnies de transport, comprenant leur intérêt, s'unissaient à la profession médicale entière pour protester contre un changement aussi peu désirable.

Si notre confrère a été surpris de ce qu'il a entendu répéter, nous avons été nous aussi fort étonné de lire ce court et violent entrefilet. Et nous l'avons été d'avantage de voir à la dernière assemblée de la « Canadian Medical Association, » le D<sup>r</sup> Roddick se lever et proposer que « l'Association » envoie au gouvernement Laurier une énergique protestation contre la révocation du D<sup>r</sup> Montizambert » alléguant les raisons de l'entrefilet plus haut mentionné. Cette proposition a été votée d'emblée, ainsi que le sont en général toutes ces motions de fin d'assemblée, proposées en hâte.

Dans les circonstances, nous croyons bon d'exposer la situation exacte et nous allons prendre les choses d'un peu haut afin que nos lecteurs puissent juger par eux-mêmes qu'il n'y a pas péril en la demeure, que le prestige de nos quarantaines ne sera en rien diminué, que les grandes compagnies seront tout aussi bien sauvegardées et que, par dessus le marché, au contraire de ce qu'on laisse entendre, le gouvernement n'a nullement l'intention de persécuter le D<sup>r</sup> Montizambert.

Et d'abord, disons qu'en 1894, le gouvernement payait au D<sup>r</sup> Montizambert un salaire de \$3,000.00 pour faire le service de la quarantaine, assisté de son confrère le D<sup>r</sup> Church.

A cette époque le gouvernement nomma le D<sup>r</sup> Montizambert «surintendant général des quarantaines de tout le pays» avec un salaire additionnel de \$1,000.00, soit \$4,000.00 en tout.

Mais comme, sans doute, les nouvelles fonctions obligeaient le titulaire à de fréquentes absences, et afin qu'il y eut toujours à la Grosse Isle deux officiers médicaux, le gouvernement nomma un second assistant qui fut le D<sup>r</sup> Coté avec un salaire de \$1450.00.

Ce printemps, le gouvernement remercia le D<sup>r</sup> Côté de ses services.

Et comme le D<sup>r</sup> Montizambert continuait à être fréquemment et longtemps absent, (toujours appelé sans doute par ses fonctions de surintendant général) ainsi qu'il appert dans les rapports reçus à Ottawa, et que, pendant ces absences, un seul médecin restait à la Grosse Isle pour faire toute la besogne, le gouvernement Laurier jugea convenable de débarrasser le D<sup>r</sup> Montizambert de la plus modeste de ses charges, celle de médecin de la Grosse Isle, et de ne lui laisser que le titre de surintendant général. Mais pour bien montrer qu'on n'en voulait pas à notre très distingué confrère, on porta le salaire de surintendant général à \$3,000.00, de \$1,000.00 qu'il était primitivement. Et cela, notons-le en passant, non parce que le D<sup>r</sup> Montizambert avait besoin de son salaire pour vivre puisqu'il possède une modeste aisance personnelle évaluée à environ quatre cent mille dollars, mais bien pour récompenser le docteur de ses services passés et honorer ses mérites.

Mais comme il faut deux médecins à la Grosse Isle, on songea à y nommer un titulaire qui, n'ayant pas d'autres fonctions, y pourrait y consacrer tout son temps. Et l'on a songé à un confrère très haut coté par tous ceux qui le connaissent, modeste qu'il est et n'ayant jamais cherché dans un discours sonore prononcé dans les réunions médicales l'occasion de se créer à peu de frais une réputation illusoire.

Et maintenant, supposons tous ces changements faits. Où sera le mal ?

La réputation de nos quarantaines n'y perdra pas, puisque le surintendant général, ayant désormais ses coudées franches, pourra donner à chacune les soins et l'attention nécessaires, et continuer à les couvrir toutes de sa haute renommée !

Le service particulier de la Grosse Isle n'y perdra pas, puisqu'au lieu d'être fait par un seul officier, ainsi qu'il arrivait la plupart du temps, il y en aura continuellement deux à l'avenir.

Le D<sup>r</sup> Montizambert ne pourra que gagner à pouvoir s'occu-

per exclusivement des hautes fonctions qui lui sont conservées, débarrassé qu'il sera de toutes les tracasseries que lui occasionnaient, dans les derniers temps surtout, ses fonctions à la Grosse Isle.

Et les compagnies de transport n'ont pas lieu de s'émouvoir car il est à espérer que les bateaux ne seront plus inutilement retenus à la Grosse Isle par l'absence d'un des officiers, l'autre étant occupé.

En terminant, un mot pour dire au D<sup>r</sup> Roddick, combien nous regrettons d'avoir à combattre son opinion que nous sommes habitué à respecter.

Mais il nous a paru que notre distingué confrère, peu au courant, avait dû être mal renseigné et qu'étant de politique opposée à celle du gouvernement Laurier, il a peut-être écouté avec trop de bienveillance une opinion défavorable aux actes de notre éminent premier ministre.

Et que, de plus, il nous semble que la politique devrait être bannie des pages d'un journal médical et des assemblées d'une association tout aussi « médicale » et sensée ne s'occuper que de questions scientifiques.

---

Nous lisons dans le rapport que le " Post Graduate School and Hospital " de New-York, vient de publier pour l'année 1897-1898, que 523 médecins ont suivi les cours durant l'année. De ce nombre, dix étaient des médecins étrangers dont deux de l'Inde et un du Japon. Les 513 autres appartiennent aux différents Etats de la République américaine ou au Canada.

Il est curieux de constater combien la réputation du " Post Graduate " est universellement répandue, puisque 96 médecins seulement venaient de l'Etat de New-York.

Disons de suite que cette réputation est hautement méritée et qu'il y a peu d'institution aussi recommandable, offrant autant d'avantages à quiconque veut poursuivre rapidement des études complémentaires sur une spécialité importante.

Tous les ans un grand nombre de confrères canadiens vont suivre pendant quelques mois les cours de cette école. Nous savons que tous reviennent plus que satisfaits de l'enseignement reçu et nous ne saurions trop encourager nos jeunes confrères à suivre cet exemple.

---

## “ Canadian Médical Association ”

A l'ouverture de la Convention présidée par M. le D<sup>r</sup> J. M. Beausoleil, de Montréal, M. le D<sup>r</sup> C. S. Parke, président du comité local, souhaite, en termes très délicats, la bienvenue aux membres de l'association et exprima le regret qu'il éprouvait de l'absence de Son Honneur le maire Parent éloigné de Québec par des devoirs ministériels.

En l'absence de ce dernier il est heureux d'annoncer que M. le pro-maire Martin Foley leur fera les honneurs civiques.

Après avoir fait connaître en quelques mots le programme de la réception, le président local reprend son siège.

M. l'écnevin Foley présente alors l'adresse de bienvenue suivante au nom de la ville :

A. M. le Président, à MM. les officiers et membres de l'Association Médicale Canadienne :

Mesdames et Messieurs,

En l'absence de Son Honneur le Maire, qui a été appelé en dehors de nos limites en visite officielle en sa qualité de ministre de la Couronne, c'est un devoir agréable pour moi comme pro-maire de vous souhaiter la bienvenue et de vous offrir l'hospitalité de la ville de Québec.

Notre population apprécie hautement la valeur inestimable de réunions comme celle-ci, composées d'hommes représentant la marche progressive et les connaissances scientifiques de la profession médicale au Canada.

Vous êtes les bienvenus dans nos murs, et spécialement dans cette chaire d'enseignement fondée par M<sup>sr</sup> de Laval qui a illustré la ville de Québec comme pionnier de la haute éducation dans le nouveau monde.

Nous savons que vos savantes délibérations auront des réultats bienfaisants pour le progrès de la science et le soulagement de l'humanité souffrante.

Je suis sûr de représenter les sentiments de notre population en exprimant l'espoir que le nom de Québec sera inscrit sur votre liste et sur celle de toutes autres associations sembla-

bles à la vôtre comme endroit favori où des assemblées comme celle-ci aimeront à se convoquer. Notre ville est un centre d'attraction sur lequel chacun devrait converger parcequ'il offre à l'homme de science, harrassé par les labeurs et les fatigues de profondes recherches et les efforts d'intelligence incessants, les brises rafraîchissantes de notre beau fleuve et le panorama incomparable qui captive l'œil des hauteurs du rocher historique de Québec.

Messieurs, nous vous offrons nos meilleurs souhaits pour le succès de votre convention.

Nous espérons que vous la ferez durer le plus longtemps possible, car nous sommes convaincus que vos clients ont consenti à vous donner un repos prolongé et que la Providence verra à ce que votre absence ne soit pas préjudiciable à leur santé.

M. le D<sup>r</sup> M. J. Ahern, représentant de la Faculté médicale de Laval, présente ensuite les félicitations de celle-ci dans les heureuses remarques suivantes :

“ Les quelques mots que j'ai à vous dire ont été prétentieusement appelé un discours dans ce programme, mais un genre de discours dont Goldsmith a déjà dit : “ If you find it wondrous short it shall not hold you long.” M<sup>r</sup> Laflamme, recteur de l'Université, devait nous rencontrer ici aujourd'hui ; mais il se trouve inévitablement absent, de sorte que, en son nom et au nom de l'Université Laval toujours prêts à tendre la main droite de fraternité à tous les chercheurs de la vérité, j'ai l'honneur et le plaisir de vous souhaiter une cordiale bienvenue et de vous offrir l'accès au musée et toutes les facilités dont nous pouvons disposer pour l'accomplissement des devoirs importants que vous êtes venus accomplir ici. Ce n'est pas la première fois que ces murs ont répété les échos des discussions scientifiques de cette Association.

Un matin mémorable, il y a 31 ans, alors que la confédération qui unit comme une seule les différentes provinces qui composent notre grand Dominion n'avait que quelques jours d'existence, il y avait ici réunis des médecins représentant toutes les parties du pays qui ne voulurent pas se disperser avant d'avoir fondé solidement l'Association devant laquelle j'ai actuellement le plaisir d'adresser la parole. Nous reconnaissons la valeur de l'œuvre de ces hommes et la vie qu'ils ont infusée à leur progéniture dans la condition vigoureuse dans laquelle nous retrouvons cette société après l'existence de plus d'un quart de

siècle. Quelques uns de ces hommes sont ici présents aujourd'hui.

Encore une fois, Messieurs, l'Université Laval vous offre une cordiale bienvenue et espère que votre séjour ici rapportera progrès et ajoutera à votre bonheur.

Après présentation des adresses, il y eut visite des différents musées. Puis les membres descendirent au jardin de l'Université où ils se firent photographier en groupe.

A la reprise de la séance, les affaires de routine et l'élection des membres terminés, discours de M. le président, le D<sup>r</sup> J. M. Beausoleil, officier d'Académie.

Après le discours du président, M. le D<sup>r</sup> Roddick prit la parole et appuya les idées de M. le président qu'il remercia sincèrement. Il dit que ce dernier avait touché un sujet qu'il avo-cassait lui-même depuis longtemps.—Un examen général, un enregistrement commun pour toutes les provinces.—Il est heureux de constater aujourd'hui que ceux qu'il croyait opposés à cette idée, les médecins d'Ontario, la favorisent entièrement. Par conséquent, il espère que dans un avenir rapproché, des arrangements seront faits de manière qu'un homme possédant un diplôme dans aucune partie du Canada, pourra pratiquer dans toutes les autres parties, c'est-à-dire en aucun endroit de l'Empire Britannique. Ceci marquera une nouvelle ère dans l'histoire du Canada spécialement en ce qui concerne les médecins. Il espère que ce grand projet sera mis bientôt à exécution. Il termine par une motion de remerciement au digne président, motion qui fut votée à l'unanimité.

Voici la liste des travaux qui ont été lus avec les noms d'auteurs, nous réservant de publier dans nos prochains numéros quelques uns de ces travaux les plus intéressants :

Du devoir de la profession médicale dans le traitement des énébriés.—A. Rosebrugh, Toronto.

Diplopie monoculaire.—G. Sterling Ryerson, Toronto.

Péritonite septique, consécutive à l'appendicite et son traitement chirurgical.—Hon. D. Maréil, St Eustache.

Observations sur la péritonite septique.—Clarence J. Webster, Montréal.

Péritonite septique.—J. C. Prévost, Ottawa.

Gofre.—C. R. Dickson, Toronto.

Rupture traumatique du canal biliaire suivie de l'opération du patient.—R. H. Garratt, Kingston.

Cas de fracture du pelvis avec rupture de la vessie, opération et guérison.—R. A. H. Mackeen, Glace Bay.

Anastomose intestinale au moyen d'une nouvelle pince.—Ernest Laplace, Philadelphia.

Un cas d'utérus bicorne, confondu avec gestation ectopique ;

Un cas de hernie ombilicale étranglée.—W. J. Gilson, Belleville.

Neurasthénie.—Dr Campbell Meyers, Toronto.

Diphthérie laryngée, avec référence spéciale à des cas requérant un choix entre la trachéotomie et l'intubation.—A. Gaudier, Sherbrooke.

Traitement du pied bot coalescent.—V. P. Gibney, New-York.

Caries spinales.—Clarence L. Starr, Toronto.

Instruments génito-urinaires requis par le praticien général.—Ferd. C. Valentine, New-York.

Les Pionniers de la médecine dans la province de Québec.—Madeleine Verchères (un poème).—W. H. Drummond, Montréal.

Corps étrangers du larynx.—Hubert D. Hamilton, Montréal.

Discussion sur le traitement chirurgical de l'empyème.—J. M. Elder, Montréal.

Induration plastique des corps caverneux.—M. J. Ahern, Québec.

Notes sur la pharmacopée britannique.—T. D. Reed, Montréal.

Infection et séro-thérapie.—J. E. Laberge, et A. de Martigny, Montréal.

Une série de cas d'obstruction calculeuse du canal biliaire commun.—James Bell, Montréal.

Le médecin et les compagnies d'assurance.—James Rorburn.

Le docteur F. X. de Martigny a présenté les travaux suivants, envoyés de France par les distingués confrères admis membres de l'Association.

Du prolapsus scrotal et de son traitement.—Delaunay, chirurgien de l'hôpital Féan.

Pourquoi peut guérir l'hypertrophie sénile de la prostate.—A. Guépin, membre de la Société de Médecine de Paris.

Injections de Calomel dans le traitement de la syphilis.—Dr Louis Julien, professeur des Facultés de Médecine, chirurgien de Saint-Lazare, vice-président de la Société de Médecine de Paris.

Bi-électrolyse et pyrogalvanie (méthodes nouvelles et outillage).—Par le Dr Foveau de Courmelles, de Paris.

Recherches sur l'ozone atmosphérique.—Par le Dr Foveau de Courmelles, de Paris.

De l'identité individuelle par les rayons X.—Par le Dr Foveau de Courmelles, de Paris.

L'élection des officiers pour l'année prochaine a donné le résultat suivant :

Président—Dr Irwing H. Cameron, Toronto.

Vice Présidents—Ile du Prince-Edouard, Dr J. McLeod, Chariottown.

Nouvelle-Ecosse—Dr Kirkpatrick, Halifax.

Nouveau-Brunswick—Dr L. N. Bourque, Moncton.

Québec—Dr Jas. Bell, Montréal.

Ontario—Dr J. A. Williams, Ingersoll.

Manitoba—Dr R. L. Thomson, Deloraine.

Territoires du Nord-Ouest—Dr Lindsay, Calgary.

Colombie Anglaise—Dr S. J. Turnstall, Vancouver.

Secrétaire Général—Dr F. N. G. Larr, Toronto.

Secrétaires provinciaux :

Ile du Prince-Edouard—Dr S. R. Jenkins, Charlottetown.

Nouvelle-Ecosse—Dr W. G. Putman, Yarmouth.

Nouveau-Brunswick—T. D. Walker, St-Jean.

Québec—Dr Chs Marsil, St-Eustache.

Ontario—Dr C. R. Dickson, Toronto.

Manitoba—Dr George Chigan, Verden.

Territoires du Nord-Ouest—Dr Lowe, Regina.

Colombie Anglaise—Dr R. E. Walker, New-Westminster.

Trésorier—Dr H. B. Small, Ottawa.

Comité de publications—Les docteurs A. D. Blacklader, J. L. Dawson, W. W. Young, le secrétaire général et le trésorier.

Règlements—Les docteurs C. S. Parke, Wyatt, Johnston, Jas. Bell, C. R. Dickson, G. S. Ryan, W. W. Dickson, M. Beausoleil et le président et le secrétaire.

Il a été décidé de tenir la prochaine convention annuelle à Toronto.

## ENREGISTREMENT INTERPROVINCIAL.

Ce sujet des plus importants a été soumis au comité qui l'a accepté favorablement.

Voici d'ailleurs les grandes lignes de ce projet :

I. Seront admis à l'enregistrement, les B. A. de toutes Universités reconnues ou à défaut de ce titre, un certificat provincial de première classe ou grade A, dans aucune des provinces, pour licences d'instituteurs, ou un examen dans les matières suivantes qui sera compulsoire et dirigé par les différents conseils des départements d'éducation de chaque province, savoir :

a) Grammaire anglaise, composition, littérature et rhétorique.

b) Arithmétique, y compris les fractions simples et décimales, extraction des racines carrées et cubes et mensuration.

c) Algèbre jusqu'à la fin des équations.

d) Géométrie. Les trois premiers livres d'Euclide.

e) Latin. Les deux premiers livres de Virgile, *Enéide* ou les trois livres des commentaires de César, traduction et grammaire.

f) Mécanique élémentaire des solides et des fluides composant les éléments de la dynamique statique, hydrostatique et chimie élémentaire.

g) Histoire canadienne et anglaise avec questions sur la géographie moderne.

h) Traduction et grammaire de deux des sujets suivants : Grec, Français et Allemand.

i) Il est enfin recommandé que tout étudiant présentant un certificat après examen devant les professeurs d'aucune université approuvée dans le Dominion et ayant complété ses cours à l'Université, soit accepté dans aucune des provinces du Canada à l'immatriculation et à l'enregistrement.

Cinquante pour cent des points sur chaque matière seront requis pour passer, et soixante et quinze pour cent pour les distinctions.

## II. Education professionnelle.

a) Le cours d'étude professionnelle commencera après avoir passé l'examen pour l'immatriculation et l'enregistrement et comprendra un cours gradué dans les matières réglementaires de quatre sessions annuelles de pas moins de huit mois par année.

b) Les sujets seront : Anatomie, Physiologie, Chimie, Matière médicale, Thérapeutique, Anatomie pratique, Histologie, Chimie pratique, Pharmacie, Chirurgie et Chirurgie chimique, Médecine et Médecine clinique y compris les maladies de l'œil, de l'oreille, de la gorge et du nez, Maladies mentales, Obstétrique, Maladies des femmes et des enfants, Jurisprudence médicale, Toxicologie, Hygiène, Pathologie, Bactériologie.

c) Vingt-quatre mois au moins en outre des 4 années de cours gradués déjà mentionnés seront requis pour assistance aux cliniques des hôpitaux.

d) Un certificat d'assistance à pas moins de 6 cas d'obstétrique et à deux examens post-mortem seront requis.

### III. Examen.

Tout candidat à l'enregistrement dans les différentes provinces en outre des exigences précédentes sera tenu de passer un examen devant des examinateurs nommés dans chaque province par ses conseils représentatifs. Cinquante pour cent seront requis pour passer et soixante et quinze pour cent pour obtenir des distinctions.

IV. Votre comité recommande qu'aussitôt que la présente base d'arrangements sera ratifiée par les conseils des différentes provinces, chaque conseil devra s'efforcer d'obtenir une législation pour autoriser l'exécution des présentes préliminaires et du cours professionnel et de mettre en force les stipulations suivantes pourvoyant à la nomination d'un bureau d'examineurs pour une qualification dans le Dominion, savoir :

“ Aussitôt que les différents conseils du Dominion auront établi un bureau d'examineurs pour le Dominion, dirigé par les examinateurs nommés par les conseils médicaux des provinces, tout candidat ayant passé un examen satisfaisant devant le dit bureau et ayant obtenu un certificat à cet effet, aura droit à son enregistrement dans toutes les provinces du Dominion sur paiement du taux d'enregistrement, pourvu qu'il ne soit pas coupable de conduite infâme ou disgracieuse envers la profession.”

Votre comité désire recommander que des efforts soient faits pour assurer l'adoption d'une législation fédérale ayant pour effet d'établir une qualification centrale, qui placera la profession au Canada sur un pied d'égalité avec celle de la Grande Bretagne, et que M. le Dr Roddick soit autorisé à faire les démarches nécessaires pour arriver à ce but. Nous recommandons encore que cette association nomme un comité chargé de considérer la ques-

tion du nombre d'examineurs devant être nommés, la manière de conduire les examens, les taux à être chargés et autres détails nécessaires à mettre le projet en opération, lesquels détails devront être adressés à chacun des conseils respectifs pour être approuvés.

---

### Discours du Président, M. le Dr J. M. Beausoleil

---

MESSIEURS,

Il y aura, bientôt, trente et un ans, dans cette ville aussi hospitalière que pittoresque, furent jetées les bases de notre association.

Le précepte de la confraternité professionnelle reçut alors une sanction pratique de tous les points de notre territoire.

La famille médicale canadienne est fondée :

Elle peut marcher à l'accomplissement du but de son existence, la promotion de la science, la protection de ses intérêts professionnels.

Un homme illustre, un des pères de la Confédération, le Dr Tupper—Sir Charles Tupper—fut notre premier président.

Depuis, un grand nombre de médecins éminents se sont succédés à ce fauteuil. Certes ! une profonde confusion se mêle à ma reconnaissance, lorsque j'apprécie le suprême honneur que l'on m'a fait, en m'appelant à présider à vos délibérations. Il ne pouvait être question de mérite personnel, je dois tout, Messieurs, à votre bienveillance.

Admirateur et sincère partisan de mes devanciers, je voudrais marcher sur leurs traces. A cette fin, je vous demande la permission de causer un instant de cette partie de notre programme qui a trait à l'unité de la profession médicale au Canada.

Messieurs, s'il est une profession dont l'exercice doit être libre, dans un pays, c'est assurément la profession du médecin.

On conçoit que le « Droit Civil Français », n'étant pas reconnu dans toutes les provinces du Dominion, un avocat de Québec ne puisse exercer dans Ontario, mais il n'y a pas, il ne peut y avoir une anatomie, une physiologie différente selon les provinces : la médecine est une partout.

Pourquoi donc, alors, cette anomalie, qu'un médecin canadien ne puisse pratiquer dans toute l'étendue du territoire national ? Cette patrie, qui nous est si chère, ne peut-elle nourrir ses enfants sans les réléguer en Castes ? Pourquoi, praticien à Ottawa je cesse de l'être à Hull ?

C'est que, l'Acte de l'Amérique Britannique a réservé aux parlements provinciaux le droit exclusif de légiférer en matière d'éducation.

Le résultat est, qu'au lieu d'un Conseil Médical pour toute la nation, nous avons autant de corporations médicales qu'il y a de provinces confédérées ; et partant, autant de législations différentes.

Ce manque d'uniformité a retardé l'accomplissement de notre uniformité professionnelle.

Malgré ces désavantages, on ne peut nier que l'enseignement médical ait fait de réels progrès en ce jeune pays. Une plus haute conception de la médecine, inspirée par des relations plus étroites avec les écoles européennes, a donné un puissant essor à nos institutions.

Le nombre des écoles a diminué, mais la valeur de l'enseignement s'est accrue. L'accès à l'étude a été rendu plus difficile. Les cours de trois fois six mois ont fait place aux cours de quatre ans. Les progrès réalisés, depuis vingt ans, dans les différentes branches du savoir médical, ont nécessité la subdivision des matières fondamentales. C'est ainsi que l'histologie, la pathologie générale, la gynécologie, la pathologie mentale et nerveuse, l'ophtalmologie, la bactériologie, etc., etc., sont l'objet d'un enseignement spécial.

Ces passionnantes discussions théoriques d'autrefois reçoivent, au laboratoire, une solution aussi calme que positive. Je le dis à la gloire de nos grandes écoles : leurs élèves décrochent en peu de mois, et avec une belle prestesse, les diplômes de Paris, de Londres et d'Edimbourg :

Chaque année des savants de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats-Unis, nous font l'honneur de leur visite ; l'an dernier l'Association Médicale Anglaise tenait ses grandes assises scientifiques au milieu de nous.

Une généreuse émulation règne dans tous les rangs. Bref nous avons droit d'être fiers des progrès accomplis, et si, comme nous l'espérons, ce bel essor se perpétue, si nous savons concentrer nos forces, le Canada Médical comptera bientôt dans le grand mouvement scientifique qui mène le monde.

A la vue des résultats acquis, et afin d'atteindre ceux que nous poursuivons, n'est-ce pas l'heure de se demander, s'il ne convient pas d'abattre les barrières qui séparent nos provinces ? N'est-il pas temps de donner champ libre à une saine concurrence ?

Pourquoi restreindre plus longtemps le cours des légitimes aspirations de notre jeunesse studieuse ? Nos écoles de médecine ne sont-elles pas lassées des restrictions imposées à la liberté professionnelle de leurs élèves ?

Les bureaux de médecine ne sont-ils pas humiliés du peu de portée des titres qu'ils confèrent ?

Oui, sans doute. La preuve en est que la majorité des provinces du Canada a signé les préliminaires d'une entente inter-provinciale de pratique.

Notre grande province-sœur, Ontario, semblait vouloir rester sur le seuil, mais elle était arrêtée, non par mauvais vouloir, mais par des considérations de législation spéciale dont elle seule était juge.

Aujourd'hui elle fait la preuve de ses excellentes dispositions ; le Conseil Médical de cette province a délégué ici, un comité d'hommes distingués prêts, je n'en doute pas, à cimenter l'union de la profession médicale Canadienne.

Messieurs, avant de conclure. Je voudrais attirer l'attention du comité d'enregistrement interprovincial, sur l'insuffisance de préparation des candidats à l'étude de la médecine. En général, les aspirants répondent assez bien aux questions de langue, d'histoire, de géographie et autres, mais ils sont faibles en physique, en chimie et en histoire naturelle. Pourquoi ces matières ne seraient-elles pas l'objet d'un examen à portée absolument pratique et cela pour tous les candidats ? Cette conduite faciliterait éminemment la tâche de l'élève et celle du professeur. Vous savez combien il est pénible d'enseigner à un élève insuffisamment préparé.

En France, un bachelier n'est admis à l'étude de la médecine, qu'après avoir passé un an à la Faculté des sciences physiques, chimiques et naturelles et subi des examens sur ces matières si éminemment pertinentes comme éléments de préparation à l'étude des sciences médicales. Sans aller aussi loin, pour le moment, sachons profiter des leçons de l'expérience et facilitons à nos étudiants la tâche noble mais si ardue qu'ils entreprennent.

Messieurs, ce qui, jusqu'aujourd'hui, a empêché un grand nombre de médecins de travailler énergiquement à l'adoption

d'une seule licence pour tout le Canada, c'est : 1° la législation restrictive attribuée à chaque province par le pacte fédéral ; 2° c'est la crainte de briser l'autonomie provinciale créée par ce pacte.

A la première objection, je réponds ; il est vrai que le parlement fédéral ne peut pas légiférer sur les sujets d'éducation d'une province, mais une question qui intéresse deux ou plusieurs provinces ou mieux toutes les provinces de notre confédération, cesse par le fait, ipso facto, d'être une question provinciale ; elle devient fédérale par le concours de toutes les volontés locales coalisées. Qui est-ce qui empêchera les provinces unies d'obtenir du parlement fédéral la sanction de leur union ?

Du reste, même sans passer par cette voie, les provinces de Manitoba, de Québec et du Nouveau-Brunswick ont déjà joui de la réciprocité de licence ; et personne n'a crié à l'illégalité.

A la deuxième objection, on peut répondre qu'il ne s'agit point de rompre l'autonomie provinciale. En effet, rien n'empêche de maintenir l'organisation locale tout en lui permettant de déléguer ses pouvoirs à quelques-uns de ses membres et de les charger de former une commission générale pour tout le Dominion.

Vous connaissez le dicton : là où il y a une volonté, il y a un pouvoir.

Commençons par nous entendre et il nous sera facile de nous faire entendre par l'autorité compétente.

Concluons Messieurs : le jour où nous aurons pour toute l'Amérique Britannique du Nord un bureau central d'admission à l'étude d'examen de médecine, et de collation d'une licence uniforme de pratique médicale, ce jour-là dis-je, marquera une ère de progrès dans les annales de la médecine canadienne, notre diplôme de pratique vaudra dans tout l'Empire Britannique et méritera le respect du monde scientifique, et l'Association Médicale Canadienne aura bien mérité de la patrie.

Et votre humble serviteur s'estimera heureux d'avoir participé, pour si peu que ce soit, à la solution de cette grande question nationale : l'unité de droits et la liberté d'exercice de notre profession.

## BIBLIOGRAPHIE

## Deseases of Women

(Maladies des Femmes)

Tel est le titre d'un excellent traité pratique de gynécologie que vient de publier notre ami, monsieur le D<sup>r</sup> J. C. Webster. Monsieur le D<sup>r</sup> Webster qui est professeur agrégé de gynécologie à l'Université McGill et assistant gynécologiste à l'hôpital Royal Victoria, ancien professeur agrégé de l'Université d'Edimbourg et membre d'un grand nombre de sociétés savantes, n'est pas un inconnu pour nos lecteurs qui se rappellent sans aucun doute l'article si plein d'humour et si plein de l'esprit vraiment médical que nous avons publié dans notre N<sup>o</sup> de février de l'année 1897.

Monsieur le docteur Webster n'est établi à Montréal que depuis deux ans. Dès son arrivée il fit à l'association médicale canadienne et à la société médico-chirurgicale de Montréal, des communications qui le firent distinguer par les professeurs du McGill, lesquels ne tardèrent pas à s'adjoindre un sujet si bien doué pour l'enseignement.

Pendant les deux années qu'il a secondé le D<sup>r</sup> William Gardner (auquel il dédie son livre) à l'Hôpital Royal Victoria, il s'est fait remarquer tant par ses qualités d'opérateur que par un enseignement clinique excessivement pratique et profitable pour les élèves. C'est cet enseignement, beaucoup plus complet, que notre ami vient de publier sous forme de manuel à l'usage des étudiants et des praticiens. Nous avons lu le livre avec plaisir et il est un de ces ouvrages qu'on ne saurait assez recommander à tous ceux qui, ne désirant pas faire des études longues et spéciales sur une branche particulière de la médecine ou de la chirurgie veulent cependant se tenir au courant et être prêts, à un moment donné, à discuter une question quelconque se rattachant à cette spécialité.

Nous ne voulons pas entrer dans une étude détaillée de l'ouvrage cependant, bien que notre admiration s'étende à toutes ses parties, nous ne saurions nous retenir de complimenter tout particulièrement l'auteur sur ses chapitres VII et VIII.

Le chapitre VII traite de la manière d'interroger la malade qui se présente pour la première fois à la consultation pour une affection des organes génitaux ou abdominaux, et fourmille de conseils pratiques dont le lecteur, quel qu'il soit, ne saurait manquer de tirer grand bénéfice.

Le chapitre VIII est entièrement consacré à la petite gynécologie, aux cas qui ne réclament pas d'opération et dont le traitement, généralement facile, est parfois fort délicat.

Ici encore le lecteur trouvera des renseignements dont il saura tirer avantage et pour le bien de ses malade et pour sa réputation personnelle.

En terminant, nous nous permettrons d'offrir à notre compatriote et ami nos plus sincères félicitations.

A. DE MARTIGNY.

---

## NÉCROLOGIE

---

Nous avons le regret d'annoncer la mort de deux de nos confrères, tous deux emportés presque subitement à la fleur de l'âge. M. le Dr L. N. A. Noël, gendre de M. le Dr Chevreuil, inspecteur des prisons et asiles de la Province de Québec, est décédé à St-Ferdinand de Halifax, le 3 juillet dernier et M. le Dr Frédéric Depars est décédé à St-Hyacinthe, le 17 du même mois.

Nous prions les familles de nos confrères d'accepter l'expression de nos regrets.

---

## NOTE

---

Nous donnerons 40c. pour les Nos 3 et 4 de la 1<sup>re</sup> Année de "La Clinique," et 9 de la 3<sup>me</sup> Année.

ADMINISTRATION.

---