

PAGE

MANQUANTE

Biographie

LOUIS-AVILA DEMERS

Le 23 juin dernier, à sa résidence rue Berri, le professeur L.-A. Demers succombait à une attaque d'urémie. Ce fut la fin d'une maladie longue et cruelle qui, pendant plusieurs années, avait fait du docteur un invalide.

Louis-Avila Demers était né le 6 janvier 1850, à Montréal, dans la paroisse Saint-Vincent-de-Paul. Il était le fils de Louis Demers qui, malgré une attaque toute récente de pneumonie, est encore alerte à 90 ans et d'Annie Fultum. Après avoir fait un cours classique au collège de Montréal, il s'inscrivit à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université Victoria, de Cobourg (Ontario), dont il reçut le diplôme de docteur en médecine et maître en chirurgie en 1874. Le jeune médecin, très estimé des professeurs de son *Alma Mater*, fut presque tout de suite appelé auprès d'eux en qualité de démonstrateur et prosecteur d'anatomie, charge qu'il remplit de 1879 à 1882. Le docteur Craig, qui tenait à cette époque la chaire de pathologie interne, étant devenu malade, le Dr Demers le suppléa à son cours.

Le Dr Craig mourut en 1885, et, le 20 juin de la même année, l'École nomma le Dr Demers professeur titulaire de pathologie interne, chaire qu'il occupa de 1885 à 1898, et de 1905 à 1908, c'est-à-dire pendant seize ans. De 1898 à 1905, le professeur Demers enseigna la clinique interne à l'hôpital Notre-Dame, où il suppléa le professeur Rottot.

Décédé à l'âge de 58 ans, le professeur Demers a donc consacré vingt-neuf années de sa vie à l'enseignement médical, un bon nombre d'anciens élèves de Victoria et de Laval, aujourd'hui praticiens distingués, ont suivi son cours.

Le Dr Demers ne fut pas seulement un professeur convaincu, il fut en outre, et surtout, un praticien. Très connu dans son quartier, il s'était créé une clientèle nombreuse, qui trouvait chez lui un médecin renseigné et consciencieux. Personne n'eut plus que lui le sens du devoir : cela lui venait, d'abord, de ses convictions religieuses, très profondes, et qu'il avait la sincérité de ne point cacher, et ensuite, du fait qu'il avait véritablement la vocation médicale. Son dévouement s'appuyait sur sa foi dans la médecine et dans son art. Avec

cela, d'une grande délicatesse dans ses relations avec les confrères, ce qui le fit estimer comme médecin consultant.

C'est dans la pratique que le professeur Demers avait acquis le meilleur de ses connaissances. Il avait tenu cependant à faire le voyage d'Europe, et, durant un séjour d'un an à Paris, suivit les leçons de Lancereaux, de Potain, de Tarnier. Il le fit très simplement, s'inscrivant comme élève, pratiquant les autopsies, l'auscultation, les accouchements. L'École de Paris a ses défauts, comme toutes les autres ; certains maîtres y professent des théories très brillantes, mais qui sont et demeureront personnelles. Le professeur Demers, à son retour au pays, se fit le disciple de Lancereaux, et ses collègues de la Faculté eurent infiniment de plaisir à le taquiner à propos de l'herpétisme et de l'artério-sclérose. Mais les qualités réelles, sérieuses, du professeur n'échappèrent pas à ses maîtres de Paris. C'est Tarnier qui, regardant son élève canadien appliquer les forceps, ne put s'empêcher de faire cette remarque : " On dirait que vous êtes un vieux dans le métier." Et le docteur Demers put se donner le malin plaisir de répondre, sans blesser la vérité : " J'ai pratiqué à peu près 2,000 accouchements." C'est l'expérience acquise par le professeur Demers qui lui faisait, à son cours, détailler avec clarté les éléments essentiels d'un diagnostic médical, et dicter à ses élèves des formules de traitement éprouvées par la pratique.

A l'École Victoria, le docteur Demers fut un pacificateur. On le comptait, en 1889, parmi les unionistes avec d'Orsonnens, Hingston, Chartrand, Desjardins, Mignault. Il prit une part des plus actives au règlement de la difficulté Laval-Victoria ; pendant deux mois (février-mars 1890), il plaida à Québec en faveur du projet d'union, qui fut d'abord adopté par les deux chambres ; seulement, les amendements imposés par le Conseil Législatif furent ensuite, par une voix de majorité, renvoyés à six mois. Il fallut donc, en décembre de la même année, recommencer les plaidoyers à Québec. Cette fois, le docteur Demers et ses collègues furent plus heureux ; la loi d'union fut adoptée et prit effet le 1er juillet 1891. La Faculté de Médecine réorganisée conserva au docteur Demers ses titres de professeur de pathologie interne et de trésorier ; ce fut même le seul, des officiers du bureau de l'ancienne École Victoria, qui demeura sur le bureau de la nouvelle Faculté.

Ces temps de lutte s'éloignent peu à peu de nous. Le professeur Demers appartenait à une génération d'hommes qui jouèrent un rôle important dans notre vie médicale, et que l'on peut juger différemment, suivant le point

de vue où l'on se place. Deux choses sont définitivement acquises à leur crédit : ils ont enseigné et pratiqué avec talent et conviction, la médecine de leur temps ; ils ont maintenu à Montréal, malgré de grands obstacles, une Faculté de Médecine pour laquelle ils n'ont ménagé ni leur temps, ni leur travail, ni même leurs deniers.

E. P. BENOIT.

Fracture comminutive exposée du crâne-guérie

*Apparition tardive de symptômes nerveux.—Opération
Guérison—par le Dr William-J. Derome,
B.A., chirurgien de l'Hôtel-Dieu (*)*

Le malade qui fait l'objet de la présente communication est âgé de 30 ans et n'offre rien de bien important, tant au point de vue héréditaire que personnel. Nous relevons cependant de l'alcoolisme chez l'un de ses ascendants maternels.

Le 18 mai 1908, il nous consulta pour des maux de tête très violents, à certains moments, dans la région *frontale* droite, avec crises épileptiques. Il nous raconta qu'à l'âge de huit ans, il reçut à la tête un coup de pied de cheval, et fut sous les soins d'un médecin pendant un mois et demi, c'est-à-dire jusqu'à la guérison de ce traumatisme. Un examen du crâne permet de constater, dans la région *fronto-pariétale*, une dépression de forme irrégulière, de 4 pouces de longueur par $\frac{3}{4}$ de pouce de largeur environ. Une pression assez forte, à ce niveau, ne provoque pas de douleur et aucun battement n'est senti.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, l'enfant se développa normalement, mais ne manifesta pas d'aptitude pour l'étude, se plaignant, en plus, de fatigue à la tête dès la moindre application à ses leçons.

A 15 ans, les maux apparaissent plus fréquents, surtout durant les chaleurs, lorsqu'il travaillait aux champs. Les maux de tête allèrent en augmentant en violence et en fréquence jusqu'à l'âge de 18 ans, quand survinrent, en septembre 1896, les premières attaques d'épilepsie. Cri initial, mouvements convulsifs, morsure

de la langue, écume à la bouche, perte de connaissance, voilà à peu près le tableau clinique des crises, reconstitué d'après le récit de la mère du patient. Nous n'avons pas pu déterminer si les convulsions commençaient dans un groupe de muscles quelconques ou dans un côté plus qu'un autre ; les renseignements nous sont venus de témoins nullement entendus aux choses de la médecine. Nous avons pensé à de l'épilepsie Jacksonienne et voilà tout.

Pendant les deux premières années qui suivirent le début des crises épileptiques, celles-ci se continuèrent très rapprochées ; elles se succédèrent au nombre de 3 et de 4 par semaine. Dès l'apparition de l'épilepsie, un traitement polybromuré intense fut institué, avec un certain soulagement contre la fréquence des crises, mais non contre leur violence. Après deux ans de traitement, il y eut jusqu'à huit mois d'accalmie. Mais peu à peu les attaques se rapprochèrent et devinrent plus fortes. Les médecins conseillaient une intervention chirurgicale et se heurtaient toujours à un refus obstiné, encouragé par le succès passager du traitement médical. En 1907, nous avons, nous aussi, conseillé l'opération, mais la même obstination fut rencontrée.

Le 8 janvier 1908, le malade nous revient, accusant des crises plus fortes et plus rapprochées encore. Sa mère l'accompagne et nous dit que durant les attaques son fils devient incontrôlable, et qu'après il semble avoir perdu la raison, qu'il devient furieux.

Nous remarquons, en effet, un grand changement dans l'attitude du jeune homme : il est plus triste, plus abattu, répond à peine aux questions, semble même ébété ; il parle très lentement en scandant les syllables ; il a les yeux étranges, hagards. Le malade travaille comme menuisier charpentier et son métier lui est devenu très difficile et même dangereux. On l'a menacé de le congédier s'il ne peut se faire guérir, ses compagnons de travail ne se croyant plus en sûreté avec lui, tant il a des allures étranges.

L'opération est de nouveau proposée, comme unique ressource, et cette fois elle est acceptée. Quelques jours plus tard, le patient entrait à l'Hôtel Dieu, de Montréal, où nous l'avons opéré le 18 janvier, avec l'assistance de M. le Dr Eugène Saint-Jacques.

Une incision, en fer à cheval, rabattait sur le front un lambeau fronto-pariétal et mettait à découvert le foyer traumatique. Au cours du décollement du lambeau, deux petits pertuis situés aux angles d'un enfoncement quasi triangulaire de $2 \times 1\frac{1}{2}$ pouces, laissèrent échapper, en jets, un liquide séreux, clair, transparent, qui nous fit penser à du liquide céphalo-rachidien, éva-

(*) Lu à l'assemblée de l'Association Médicale du Canada, tenue à Ottawa le 9, 10 et 11 juin 1908.

lué à environ deux onces. Une exploration, avec un stylet permit de reconnaître une poche kystique extradurémérienne, du volume d'un gros œuf. Ce Kyste fortement adhérent à la peau et au rebord osseux considérablement épaissi, étant comprimé par la cicatrice cutanééo durémérienne, déprimait fortement la substance cérébrale de la région fronto-pariétale.

Une trépanation fut faite au sommet de l'enfoncement triangulaire ainsi qu'à sa base et le crâne fut attaqué à la pince gouge. Le pourtour du foyer traumatique est épaissi en certains endroits, au point de mesurer $\frac{3}{4}$ p.c. d'épaisseur : *osteite hypertrophiante*. Le triangle osseux enfoncé est aminci : *osteite atrophiante* et présente une solution de continuité à deux angles. Dans la région frontale inférieure, il s'est fait dans la diploé une cavité en continuation avec la cavité kystique : *véritable osteite hypertrophiante kystique*. Dans cette région nous enlevons des petites spicules d'osteite, sur la table interne du crâne. Les adhérences libérées, la duremère et le kyste réséqués, le cal osseux diminué à la pince gouge, le tout fut refermé sans tenter d'obturer la perte de substance osseuse. Seule, une petite mèche de gaze indofornée assura le drainage de la plaie pendant 48 heures.—Les suites opératoires furent des plus simples.

Le malade éprouva une amélioration considérable dès le 3^{me} jour après l'opération, disant à qui voulait l'entendre que ses maux de tête avaient disparu. Depuis, son état est allé s'améliorant progressivement. Il quitta l'hôpital le 29 janvier, le 12^{me} jour après l'opération et fut pansé, en notre bureau, le 9 février, pour la dernière fois. Le 15^{me} jour, à la suite de fatigue et d'un repas trop copieux, il ébaucha une petite crise, mais ne perdit pas connaissance.

Actuellement, cinq mois et demi après l'intervention, il travaille tous les jours à son métier ayant repris l'ouvrage dès la sixième semaine après l'opération—est devenu gai, n'a plus de crises, ne souffre plus de maux de tête.

CONCLUSIONS

1o. Sauf de rares exceptions, les cas de traumatisme de la boîte crânienne, présentant des symptômes nerveux tardifs et permanents, devraient être soumis à une intervention chirurgicale.

2o. Les statistiques et ma modeste expérience personnelle inclinent à conclure que dans ces cas l'intervention chirurgicale est presque toujours suivie d'heureux résultats.

3o. Les chances de succès seront d'autant plus grands que l'opération suivra de plus près l'apparition des symptômes nerveux.

Assurance entre Médecins

Dans le *Bulletin de la Petite Revue des Sciences Médicales*, du 25 février 1908, j'ai lu un article qui m'a vivement impressionné. C'est un projet de confraternité, approuvé par Joffroy, Huchard, Hutinel, Renon, Triboulet, Régnier, Lepage et autres, qui marque, une fois de plus, qu'en France on s'occupe de secourir les confrères lorsqu'ils sont dans l'indigence. Ce projet était la création de la "Maison du Médecin," où pourrait se retirer tout médecin qui vieillit ou vaincu par des difficultés insurmontables, serait dans l'obligation de recourir à la charité publique.

Il y a pourtant déjà en France plusieurs associations de secours mutuels entre les médecins ; cependant on trouve qu'il n'y en a pas encore assez.

Le Monde Médical, dans son numéro du 15 mars, dit que la "Maison du Médecin" est fondée et en promulgue les statuts.

Ici, en Canada, nous ne sommes pas si avancés. Nous n'avons rien encore dans ce genre.

Le jeune homme, après avoir dépensé le peu d'avoir qu'il a, et peut-être après s'être endetté pour se faire recevoir médecin, s'il n'est pas favorisé d'une manière, on pourrait dire providentielle, se voit obligé de végéter et, après dix ou douze ans de pratique, s'il veut se créer une famille il se condamne à vivre misérablement le reste de ses jours, étant incapable d'élever ses enfants dans une condition convenable, et avec la perspective qu'à sa mort, il aura le regret, de laisser une veuve et des enfants dans le plus complet dénûment. L'aspect n'est pas des plus attrayants, et cependant combien d'entre nous ne sont-ils pas dans ce cas ?

Sans vouloir aller aussi loin qu'en France, ne pourrait-on pas établir une assurance mutuelle entre tous les médecins de la province de Québec, laquelle, avec une légère annuité, pourrait être d'un grand secours à la famille, lorsque le chef viendrait à disparaître. Dans presque toutes les classes de la société, tous les corps de métiers, il s'est formé des associations de ce genre, et tous en sont satisfaits. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les médecins ? J'ai déjà, en différentes reprises depuis 1892, eu l'occasion de parler de ce projet d'assurance, que je voudrais voir sous le contrôle du Bureau des Gouverneurs du Collège, ce qui diminuerait les dépenses et simplifierait les rouages. Il ne s'agirait que

d'élever la contribution des membres pour la mettre au niveau des réclanations qui pourraient devenir dîtes dans l'année.

On objectera que mettre une telle contribution c'est attenter à la liberté individuelle. Mais les deux piastres que le Bureau des Gouverneurs a exigé et exige de nous, n'est-ce pas une pareille atteinte à notre liberté individuelle ? Mais l'exigence d'un cours complet d'études classiques, le stage de cinq ans dans les universités ne sont-ils pas autant d'atteintes à la liberté individuelle ? Et combien d'autres choses encore : mais qui s'en plaint ? Un corps n'a-t-il pas le droit de faire des règles et règlements auxquels doivent se soumettre tous ceux qui veulent en faire partie. On dit qu'il y a bien assez d'assurances mutuelles, où les médecins peuvent entrer, mais pourquoi aller chercher ailleurs ce que l'on pourrait trouver chez soi, et cela d'une manière bien plus sûre et beaucoup moins coûteuse. D'ailleurs combien qui, par découragement, mollesse, imprévoyance, négligent de faire partie de ces associations. Ceux-là ne faut-il pas les forcer à protéger leur famille un peu malgré eux.

On objectera encore qu'il y a bien d'autres réformes à faire et dans le cours des matières à enseigner et dans le mode de préparer les futurs médecins, et aussi la fameuse réciprocité interprovinciale, qui entre parenthèse, n'intéresse que quelques médecins : mais sans nuire à aucune de ces choses, ne pourrait-on pas s'occuper un peu d'un projet, qui intéresse les familles de tous les médecins.

On aura toujours des améliorations à faire, et dans cinquante, cent ans d'ici, les mêmes problèmes ou de semblables se présenteront. La science avance toujours et exige des changements continuels.

Il doit y avoir entre nous une certaine confraternité, qui nous engage à nous secourir les uns les autres ; et n'est-ce pas là aussi, lorsque nous serons solidaires, pour ainsi dire, les uns vis-à-vis des autres, un des meilleurs moyens d'établir entre nous la sympathie, qui fait défaut chez un certain nombre. Tous les médecins seront obligés de se regarder comme faisant partie d'une même famille, et nous ne verrons plus tant de désaccord régner entre eux.

DR J. LIPPÉ.

St. Ambroise de Kildare.



Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

QUÉBEC, le 25 Juin 1908

Monsieur et cher Confrère,

Les membres du comité d'organisation du Congrès de Québec ont eu l'honneur de vous adresser, durant le mois d'avril dernier, une lettre circulaire pour vous faire connaître la date précise de notre réunion. Cette lettre portait en outre à votre connaissance les trois questions mises à l'étude, et renfermait avec la liste des officiers généraux et ceux de chacune des trois sections, les deux bulletins d'adhésion et de communication de travaux.

Un grand nombre de confrères ont répondu à l'appel en nous retournant leurs bulletins. Le nombre des adhésions déjà recueillies et des travaux mis en préparation, dépassent à l'heure actuelle toutes les espérances, assurant ainsi au Congrès un succès éclatant.

Le travail d'organisation se poursuit avec ardeur, et dans quelques semaines nous pourrions vous faire part du programme officiel et complet de cette réunion scientifique.

Une quatrième section consacrée exclusivement à la chirurgie dentaire, sera constituée par les dentistes de langue française de l'Amérique du Nord. Les doyens et directeurs des écoles et sociétés dentaires de France seront cordialement invités à en faire partie. D'après la liste des travaux déjà soumis à cette section, on est assuré d'entendre traiter et discuter toutes les questions qui récemment ont excité l'intérêt du dentiste, et qui promettent aujourd'hui de révolutionner complètement ses méthodes.

Nous ajoutons à la présente circulaire un certain nombre de renseignements complémentaires qui seront utiles à tous ceux qui désirent prendre part à notre congrès.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

Le Président général, Le Secrétaire général,

ARTHUR SIMARD.

ALBERT PAQUET.

RENSEIGNEMENTS

CE CONGRÈS SERA DIVISÉ EN QUATRE SECTIONS :

1. Section médicale et annexes ;
2. Section chirurgicale et annexes ;
3. Section d'hygiène et d'intérêts professionnels ;
4. Section de chirurgie-dentaire.

TROIS QUESTIONS PRINCIPALES SERONT TRAITÉES DANS LES
ASSEMBLÉES GÉNÉRALES :

1. L'hygiène dans l'enseignement.
Premier rapporteur : Dr C.-N. Valin, Montréal.
Second rapporteur : Dr D. Brochu, Québec.
2. Infection des voies biliaires.
Premier rapporteur : Dr A. LeSage, Montréal.
Second rapporteur : Dr A. Paquet, Québec.
3. Tuberculose rénale.
Premier rapporteur : Dr C. Dagneau, Québec.
Second rapporteur : Dr E. St-Jacques, Montréal.

LOGEMENTS

La question du logement a été, telle que prévue, la plus ardue à résoudre. En raison de l'affluence certaine des visiteurs durant la célébration des fêtes du troisième centenaire, le comité a eu à faire face à des difficultés qui, de prime abord, paraissaient insurmontables. La situation est aujourd'hui éclaircie et, dès maintenant, le comité est en mesure de donner satisfaction à tous ceux qui désirent retenir à l'avance une chambre et pour le nombre de jours qu'ils jugeront à propos de l'occuper. Quatre cents chambres, à des prix variant de \$2 à \$5 avec ou sans pension complète ou incomplète, sont à la disposition du comité.

Aucun hôtel ne donne la location de ses chambres à l'avance. Cependant, l'on donnera la préférence à toute demande apostillée par le comité.

Un restaurant sera à la disposition des congressistes. Le club Saint-Louis donnera, pour le temps de la durée des fêtes, le privilège de membre à tout médecin régulièrement inscrit au Congrès.

Le comité est dès maintenant prêt à faire droit à toute demande.

Prière est faite à tout médecin de faire savoir, aussitôt que possible, son intention, en spécifiant le nombre de lits simples ou doubles qu'il veut retenir et le tarif de location désiré.

La ville des tentes, dont l'établissement est, paraît-

il, décidé, avec toute l'accommodation nécessaire, eau courante, drainage, électricité, service, police et restaurants, sera aussi à la disposition des congressistes. Les prix seront relativement modiques.

CHEMINS DE FER

Jusqu'à présent, les compagnies suivantes de transport, savoir : l'Intercolonial, le Pacifique Canadien, le Grand-Tronc, le Québec Central, la Compagnie de Navigation Richelieu & Ontario, émettront des billets à prix réduits de moitié pour toutes personnes venant à Québec du 18 juillet au 3 août. Aucun protocole ne sera requis, il suffira de venir à Québec durant la célébration du III^e centenaire pour bénéficier de la réduction. Des réductions semblables sont offertes, paraît-il, par l'association des chemins de fer de la section Est de la Nouvelle-Angleterre.

EXPOSITION

Le comité d'exposition des produits pharmaceutiques, d'instrumentation chirurgicale, et d'installation hospitalière est assuré, dès aujourd'hui, d'un grand succès, si l'on en juge par le nombre et la qualité des exposants.

Comité d'Exposition : Dr Chs Verge, président ; Dr D. Pagé, Dr A. Potvin, Dr E. Nadeau, secrétaire.

FÊTES ET RÉCEPTIONS

Le comité des fêtes n'a pas encore terminé son travail. Jusqu'à présent il a été décidé qu'il y aura, le 20 au soir, à l'Université-Laval, l'ouverture solennelle du Congrès, à laquelle assisteront un grand nombre d'officiels, suivie d'une réception dans les salons de l'Université-Laval. Son Honneur le lieutenant-gouverneur sir Louis Jetté, M. le président Art. Sinard, donneront un dîner officiel. Une fête de nuit aura lieu, avec tout l'éclat désirable, en dehors de la ville, mercredi soir, le 22.

DIVERS

En sus de l'insigne, le comité de l'Association des Médecins de Langue Française espère pouvoir donner, à chaque congressiste, une plaquette souvenir qui doit être frappée à Paris.

On nous prie de vous faire savoir que les présidents et délégués des Sociétés Médicales de la province de

Québec sont convoqués à une réunion spéciale, qui aura lieu durant la tenue du Congrès. Objet : Création d'une association de protection mutuelle.

* * *

IV CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Québec lundi 20, Mardi 21, Mercredi 22 Juillet 1908

Le deux Juillet dernier, Monsieur Arthur Simard, Président général du Congrès, réunissait un certain nombre de confrères à l'université Laval, dans le but de causer du prochain Congrès.

Le problème qui semble, au premier abord, le plus difficile à résoudre, est celui du logement des confrères qui se rendront à Québec en Juillet. Ce problème les officiers de Québec l'ont résolu d'une manière pratique. Ils se sont assurés pour les congressistes et leurs femmes QUATRE CENTS CHAMBRES au prix de deux dollars par jour jusqu'à cinq dollars. La question des repas a été aussi résolue. Les officiers ont obtenu le privilège de membre du Club St-Louis, à tous les membres du Congrès. Dans le club on servira de très bons repas à cinquante sous. De plus, il y a un restaurant tout près de l'université qui donnera, aux membres du congrès, des repas à trente-cinq sous.

Il y aura un comité qui siègera en permanence à l'université Laval des lundi matin à 9 heures ; les membres de ce comité dirigeront les médecins vers les maisons où des chambres sont retenues pour eux. Ceux qui n'auraient pas retenu de chambre avant le Congrès n'auront qu'à s'adresser à ce comité, qui en aura de disponibles.

À l'heure actuelle il y a 150 médecins seulement d'inscrits ; 22 de Montréal, 25 de Québec et 103 des Etats-Unis et de la Province.

Soixante et dix confrères se sont fait inscrire pour des communications scientifiques.

Il semble entendu que les rapporteurs n'auront qu'une heure pour faire la lecture de leur rapport. Les présidents de section ne feront que de très courts discours afin de permettre la lecture et la discussion des travaux scientifiques.

Les discussions, qui suivront la lecture des communications scientifiques, seront publiées à la suite de la communication dans le rapport général du Congrès.

Voici le programme officiel du Congrès tel que communiqué par M. Arthur Simard ;

LUNDI 20 JUILLET

A TROIS HEURES P.M. : Ouverture du Congrès, discours de bienvenu du Président, lecture de rapports, discussion.

A HUIT HEURES P.M. : Ouverture officielle du Congrès, discours du Président, de Lord Grey, de Sir Wilfrid Laurier, du Maire de Québec.

A DIX HEURES P.M. : Concert promenade en l'honneur des dames.

MARDI 21 JUILLET

A DIX HEURES A.M. : Lecture de rapports, discussion, lecture de travaux scientifiques et discussion.

A MIDI : Déjeuner à Spencerwood offert par le lieutenant-gouverneur Sir L. Jetté.

A TROIS HEURES P.M. : Lecture de rapports, lecture de communications, discussion.

A SEPT HEURES P.M. : Dîner officiel suivi d'un concert auquel les dames sont invitées.

MERCREDI 22 JUILLET

A DIX HEURES A.M. : Lecture de communications, discussion.

A DEUX HEURES P.M. : Séance de clôture, élections, date du prochain Congrès et choix de la ville où il se tiendra.

A QUATRE HEURES : Départ pour le Lac St-Joseph, par train spécial, fête champêtre, dîner, fête de nuit.

Chaque membre du Congrès aura droit à une carte pour une dame. Cette carte donnera droit d'assister gratuitement : aux concerts, déjeuner, voyage au Lac St-Joseph, au souper au Lac St-Joseph et à la fête de nuit.

Le président a reçu 500 grandes médailles, en bronze argenté, médailles allégoriques frappées spécialement pour le IV^{me} Congrès, grâce à l'obligeance de M. Triboulet, l'ami Parisien et dévoué des médecins canadiens français. Chaque membre du Congrès recevra gratuitement une de ces médailles.

Nous encourageons très fortement nos confrères à se rendre en grand nombre à Québec pour assister au Congrès.

Une indiscretion en terminant. L'on parle fortement à Québec de Sherbrooke comme lieu de réunion du prochain Congrès en 1910.

Réponses aux Correspondants

Traitement des affections intestinales par le lab ferment

Nous vous référons au No 7, 11 avril 1908, du *Journal de Médecine et de Chirurgie*, où vous trouverez les indications du "Traitement des entérites par les ferments sélectionnés"—et une excellente étude de Martinet : "Comment on peut administrer les ferments."

Quant à la Lactobacilline dont vous vous enquerrez, voici :

C'est un ferment qui a la propriété d'empêcher les putréfactions intestinales. Elle est composée de divers ferments lactiques rigoureusement sélectionnés et en proportion déterminée. Les microbes qui la composent ont été étudiés par le professeur Metchnikoff, qui en a établi la parfaite innocuité.

La Lactobacilline est préparée suivant la méthode et sur les indications du professeur Metchnikoff ; son ingestion a pour conséquence la formation dans l'intestin d'acide lactique à l'état naissant. — Celui-ci exerce :

1o. Une action topique sur les affections locales de l'intestin :

2o. Une action antiseptique supprimant les putréfactions intestinales ;

3o. Une action réflexe, l'acidité du contenu intestinal étant susceptible de modifier les sécrétions biliaires et pancréatiques ;

4o. Une action générale sur l'organisme par absorption de l'acide lactique formé.

L'innocuité de la Lactobacilline est absolue (professeur Metchnikoff).

Les doses indiquées sont des minima qui peuvent être, même pour des enfants, doublées ou triplées sans inconvénient.

Pour assurer le large ensemencement de la muqueuse intestinale, la Lactobacilline doit être prise à doses fractionnées : 3 à 6 comprimés à 0 gr. 30 par jour, 1 ou 2 après chacun des repas du matin, du midi et du soir. (Cette dose est un minimum). Ingérer simultanément un aliment sucré. Ces comprimés s'avalent comme des pilules. Continuer le traitement pendant un certain temps.

Dans les affections chroniques, et à titre préventif, l'emploi de la Lactobacilline peut être prolongé indéfiniment sans aucun inconvénient.

Pour les enfants, dissoudre les comprimés dans le lait de l'alimentation. Chez eux, l'emploi du lait aigri à la Lactobacilline est particulièrement recommandable.

FAITS DIVERS

Le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, aura lieu à Québec en fin de juillet. Il est à souhaiter que le plus grand nombre possible de nos collègues de langue française non-seulement y soient présents, mais qu'en plus ils y prennent une part active en présentant des travaux personnels et faisant des communications.

Nos lecteurs verront, par le programme du Congrès, qu'il y sera question de la formation d'une "Mutuelle Médicale," telle qu'elle existe en France et ailleurs. La question est bien posée dans ce présent numéro par notre confrère le Dr Lippé. Nous serons heureux de

recevoir, sur ce sujet, l'opinion de nos collègues, que nous publierons volontiers.

Les renseignements qui nous parviennent de Québec font augurer d'un beau succès pour le Congrès des Médecins. Le secrétaire général nous informe que plus de 200 médecins sont déjà inscrits, et il ajoute : "Vous savez déjà que la plupart attendent, pour prendre leur inscription, au dernier moment. Ainsi, au premier Congrès, il n'y avait que 125 membres inscrits la veille de l'ouverture du Congrès."

Le programme porte déjà 75 communications ins

crites, sans compter celles de la section de chirurgie dentaire.

Pour ce qui est des délégués de France, on les attend nombreux. L'Université de Paris, la Société de Chirurgie, la Société de Neurologie, la Société Médicale des Hôpitaux, la Société pour l'avancement des Sciences, etc., seront représentées par des délégués.

Il faut donc tous être là.

L'Université de St-Louis va donner une série de cours avancés, "Post-graduate course", durant l'été.

Le Dr Martin, de Berlin, était dernièrement l'hôte des médecins New-Yorkais, a un grand banquet donné en son honneur à l'Hotel Astor.

Des recherches bibliographiques nous ont mis en mains dernièrement des travaux sur des questions de pathologie faits à l'Université Impériale de Tokio et publiés au Japon, "en Allemand" avec une perfection et un luxe nulle part ailleurs surpassés. Il serait superflu de remarquer que ces travaux sont de première valeur.

L'Université de Cornell tient à orgueil de créer une élite. A l'avenir on n'y acceptera à la faculté de médecine que des B.A. ou des B.S, c'est donc qu'il faudra avoir fait ses humanités avant de pouvoir commencer à y étudier la médecine. Les gradués étaient au nombre de 57 cette année, et les exercices de clôture y eurent tout l'éclat accoutumé.

Dans le but d'initier d'avantage le public aux dangers de la tuberculose, le Bureau de santé de New-York, commence à faire donner des conférences au grand air dans les parcs publics, avec projections à la lanterne. L'enseignement par les yeux et les faits vaut mieux que les plus beaux discours.

La Faculté de médecine de Paris, réfractaire jus-

qu'à ce jour, à ce genre d'enseignement depuis longtemps en usage ailleurs, vient de l'accepter finalement. Grâce à la générosité de la Soc. des amis de l'université la faculté dispose de 2000 francs pour l'achat d'une lanterne à projection pouvant servir dans différents enseignements.

L'entente cordiale médicale continue ses effets bien-faisants. En fin juin, le professeur Raymond, de Paris, faisait au Royal College of Physicians de Londres une conférence sur "Les maladies dites familiales". Puis il allait recevoir à Oxford le titre honorifique de docteur ès science, qui vient de lui être gracieusement décerné par la célèbre Université.

Le Dr Cabot, de Berek-S-Mer, dont on sait la haute compétence en chirurgie orthopédique, tiendra en août, du 17 au 24, en son Institut de Berek, une série de "leçons pratiques sur l'orthopédie indispensable aux médecins et le traitement des tuberculoses externes."

Cet enseignement pratique amène chaque année à Berek de nombreux médecins d'un peu partout, attirés, et avec raison, par la renommée internationale du maître français. Nous ne doutons pas que l'affluence ne soit aussi nombreuse et distinguée cette année qu'aux sessions passées.

A Laval, de Québec, McGill, Toronto, New-York, Cornell, Harvard, l'Université d'Illinois, et combien d'autres encore, ont eu lieu les séances solennelles de clôture de l'année universitaire. Les amis de l'Université y sont allés en grand nombre et les lauréats y ont été proclamés.

Il ne semble y avoir que Laval, de Montréal, à rester en arrière du mouvement. Une modestie exagérée peut passer pour un manque de dignité, parfois. Si la chose est impossible parce qu'il faut attendre la permission de Québec, il serait temps que Montreal s'affranchisse de cette tutelle et songe à s'organiser en vraie université.

La séance annuelle de clôture, à la Montreal Medical Surgical Society, a été des plus intéressantes. Le professeur Schafer, d'Edimbourg, fut le conférencier d'occasion. D'une parole facile et intéressante, comme

il s'agit à l'homme de carrière, il nous exposa les dernières acquisitions en physiologie et en pathologie de la glande pituitaire. Le professeur Schafer, qui est un physiologiste de réputation internationale, est un des maîtres de la physiologie expérimentale de nos jours. On trouvera ailleurs un résumé de son intéressante conférence.

A la même séance eurent lieu les élections pour l'exercice 1908-1909. Le Dr Hutchison, chirurgien à l'Hôpital Général, fut élu à la Présidence, et le sympathique secrétaire actuel, Dr A.-H. Gordon, maintenu à son poste.

Des faits ! La librairie Beauchemin a vendu et livré, depuis quelque temps, 312 exemplaires du grand "Traité de Médecine et de Thérapeutique," de Brouardel et Gilbert,—et 38 exemplaires du grand "Traité de

Chirurgie," de Le Dentu et Delbet,—et cela par un seul de ses représentants et dans un territoire restreint de la province de Québec seulement. N'est-ce pas là la meilleure réponse à ce mauvais plaisant, aussi mal avisé que mal enseigné, qui se plaisait à dire récemment en public que les maîtres français étaient peu connus de la profession médicale canadienne, à qui il faisait en plus le reproche de prendre peu d'intérêt aux choses médicales.

Si l'on considère que ces ouvrages, de haute portée, si bien faits soient-ils, ne sont pas les seuls que nous nous procurions,—que la plupart des médecins canadiens-français savent l'anglais et aiment par éclectisme à s'informer à des sources variées, l'on verra que les prétentions du beau diseur avaient peu de raison d'être. Parler d'un sujet sans être allé aux renseignements, expose souvent à faire preuve de mauvaise foi ou d'ignorance !

PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

Veratrum et morphine dans l'éclampsie

L'éclampsie, généralement évitable, quand la femme gravide sait prévenir à temps son médecin, fait pratiquement de nombreuses victimes, et l'accoucheur, trop souvent, n'arrive qu'en pleine crise à l'heure de la lutte terrible, ou les moyens doivent être énergiques. Davis (Southern California Practitioner et Therapeutic Gazette) n'aime pas alors le chloroforme, redoutable pour des organismes, déjà en saturation toxique : tout au plus l'emploie-t-il, comme médicament aléatoire en période d'imminence convulsive. Son traitement consiste à injecter sous la peau $\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ grain de morphine et 10 à 15 gouttes de teinture de veratrum viride (racines fraîches), en prenant pour guides la tension et la force du cœur. Le pouls doit bientôt tomber à 60 et même à 40, et la respiration à 14 ou davantage : sinon il est bon d'ajouter une demi dose au bout d'une demi-heure. Le but est d'abaisser la tension artérielle, de calmer les réflexes, de diminuer l'irritabilité des centres nerveux, et de rendre par là, les convulsions impossibles. Tout cela permet à l'élimination de se faire et repose l'organisme.

Si l'accouchement forcé devient par la suite nécessaire, il se fait avec un choc moindre, avec moins d'anesthésique et une plus grande sécurité pour la malade.

Dans l'urémie simple, il faut rejeter l'éther, qui irrite le rein et élève la pression sanguine. Dans l'éclampsie, il vaut mieux ne pas employer le chloroforme ou le chloral. Enfin la tension artérielle, l'état du foie et des reins doivent toujours nous guider dans le traitement de l'éclampsie.

LUDOVIC VERNER M.D.

Cas d'état épileptique, ponction lombaire, guérison

Par Richard C. Allen (The Brit. Méd. J., 11 avril 1908)

Il s'agit d'une domestique qui fut transportée à l'hôpital dans un état comateux, avec dyspnée, cyanose, écume aux lèvres. Sous l'influence des inhalations de chloroforme et de l'administration de 2 grammes de bromure de potassium par le rectum, les spasmes cessèrent et la dyspnée disparut, le pouls s'abassa de 144 à 106.

Au bout d'une heure, la malade fut reprise de convulsions et tomba dans un état semblable à celui de son entrée. Durant les huit heures qui suivirent, elle n'eut pas moins de trente-six attaques épileptiformes, en dépit de l'administration continue de chloroforme.

Le lendemain de son admission, la mort paraissait imminente, les convulsions étaient plus graves, le pouls difficilement perceptible, la respiration stertoreuse ; il y avait de l'incontinence de l'urine et des matières, la température était à 39°4, les respirations au nombre de 52 par minute. On pratiqua alors une ponction lombaire entre les deuxième et troisième vertèbres lombaires. Le liquide cérébro-spinal s'écoula apparemment sous une forte pression, on en retira 90 grammes et le résultat fut une amélioration immédiate. Les attaques cessèrent, le pouls devint plus fort et put être compté (110), l'état général s'améliora, mais la conscience ne revint qu'au bout de douze heures. Le liquide cérébro-spinal était absolument clair, il était stérile et normal sous tous les rapports.

Les six jours suivants, la malade resta dans un état léthargique, avec 76 pulsations et 24 respirations. Sept jours après son admission, la malade était revenue à son état normal : l'urine était normale. Les attaques épileptiques remontaient à trois mois.

ST-JACQUES.

Traitement des écrasements du membre inférieur

Les indications thérapeutiques fournies par les écrasements du membre inférieur ont été diversement interprétées, et il y a une époque où on était plutôt porté à une intervention chirurgicale rapide.

Il n'en est plus de même aujourd'hui et presque tous les chirurgiens préconisent, au contraire, la temporisation. M. Reclus a beaucoup contribué à supprimer les amputations traumatiques et à substituer à l'amputation immédiate "le dogme de la conservation sous le couvert d'une antiseptie rigoureuse suivie d'un véritable embaumement."

M. le Dr Antoine (d'Orchies) a utilisé les ressources chirurgicales du Nord et la fréquence des accidents industriels dans cette région pour étudier cette question qui est d'un grand intérêt pour le praticien : quelle est la conduite à tenir en présence de l'écrasement d'un membre inférieur ?

En somme, c'est la méthode de Reclus, avec quelques modifications, qui a été surtout utilisée à la cli-

nique chirurgicale de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, et c'est cette méthode ainsi modifiée que préconise M. le Dr Antoine. En voici les points principaux :

Le blessé est apporté sur le lit d'opération ; il est entouré d'alèzes chaudes, fréquemment renouvelées et on lui fait au besoin des injections de sérum artificiel, de caféine ou d'éther, quand le collapsus paraît menaçant. Si la sensibilité n'est pas très émoussée, on le soumet à quelques inhalations d'éther, car l'intervention est longue, minutieuse, et les cris du blessé pourraient imprimer au chirurgien "une hâte qui serait regrettable." Le foyer traumatique est alors largement exposé ; le membre est savonné à l'eau chaude et la peau est rasée avec le plus grand soin, puis frottée à la brosse dure, dégraissée à l'éther, passée à l'alcool et au permanganate de potasse. Lorsque les téguments sont bien désinfectés, on s'occupe du foyer profond. Les esquilles déperiostées sont enlevées, les lambeaux des muscles, les tendons flottants ; puis, avec un injecteur à forte pression et rempli d'eau à la température de 60°, on fouille avec un jet énergique tous les clapiers, toutes les anfractuosités de la plaie ; on pénètre jusque dans les moindres recoins, sous tous les décollements ; on en chasse tous les corps étrangers, les caillots, et l'on ne s'arrête que lorsque l'on a longuement et méthodiquement irrigué tout le foyer traumatique.

L'eau, à cette température de 60 à 62°C., a un triple avantage : d'abord, elle est antiseptique. De plus, elle est hémostatique et elle a enfin l'avantage de réchauffer le blessé qui est en hypothermie.

Ensuite avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de permanganate de potasse on essuie tout le foyer traumatique, surtout au niveau des bords qui ont pu être souillés par terre. Puis on procède à l'embaumement, qui se fait au moyen d'une pommade polyantiseptique mise sur des bandes de tarlatane que l'on fait pénétrer dans tous les interstices, sous tous les décollements, dans tous les espaces morts. On met alors sur tout le membre une couche plus ou moins épaisse d'ouate hydrophile et, avec une bande de tarlatane mouillée, on ramasse les tissus et on les comprime de façon à tasser les chairs qui pourront ainsi se prêter un mutuel appui et anastomoser leurs vaisseaux. Et puis, par cette compression, l'excès de substances antiseptiques intercalées dans les interstices et dans les espaces morts sera chassé dans l'ouate hydrophile.

Il arrive quelquefois que, dès le premier jour, le pansement est traversé par la sérosité sanguinolente qui transsude du membre ; on met alors de nouvelles couches d'ouate et l'on ne regarde la plaie qu'au 21^e jour, à

moins que la température ne monte ou qu'il ne se dégage du pansement des odeurs trop désagréables.

Au bout de la troisième semaine, en général, le mort est séparé du vif ; toutes les escarres sont tombées et c'est alors qu'on peut procéder à l'amputation secondaire si on le juge nécessaire.

A cette technique, qui est celle de Reclus, on a ajouté certaines modifications, particulièrement l'emploi de l'eau oxygénée en lavages.

La pommade polyantiseptique employée dans le service de l'hôpital Saint-Sauveur avait la formule suivante :

Vaseline.....	500 grammes
Antipyrine.....	40 grammes
Salol.....	50 grammes
Sublimé.....	0 gramme 75
Acide phénique.....	7 grammes 75
Iodoforme.....	10 grammes

Il faut y ajouter les injections préventives de sérum antitétanique.

La méthode employée couramment est en somme une méthode d'expectation armée.

Tous n'emploient pas la pommade, mais tous emploient les antiseptiques.

Les uns se servent d'eau stérilisée chaude, de l'eau phéniquée à 1/400, de formol à 1/200. La plupart des chirurgiens accordent plus d'action à l'eau oxygénée et à l'alcool, qu'ils emploient dilués.

L'eau salée à 7/1000 est recommandée par Lejars qui l'applique très chaude. Elle constitue une solution isotonique mieux supportée par les éléments cellulaires. Après la désinfection, on procède au pansement, soit avec de la gaze stérilisée, de la gaze iodoformée, soit avec de la gaze imbibée d'alcool (LEJARS) ou trempée dans une solution de formol à 1/400 (LE DENTU). Tous recommandent l'injection de sérum antitétanique.

En somme, par cette méthode on arrivera presque toujours à atteindre la période secondaire et l'amputation, si elle est nécessaire, se fera dans de bien meilleures conditions.

E. ST-JACQUES.

L'arsenic dans les anémies

Dans un article relatif au *Traitement des anémies*, publié par le *Nord Médical*, M. le Professeur G. Lemoine signale en particulier l'utilité, pour certaines for-

mes, des diverses préparations arsenicales. En voici quelques-unes.

L'arsénite de potasse, plus connu sous le nom de *liqueur de Fowler*, renferme 1 centigramme d'acide arsénieux par gramme, c'est-à-dire dans XXII gouttes. On en donnera de V à XX gouttes au maximum dans les vingt-quatre heures. Veut-on le donner en potion, une bonne formule est la suivante :

Liqueur de Fowler.....	V à XXX gouttes
Laudanum de Sydenham..	X gouttes
Julep gommeux.....	100 grammes

à prendre dans la journée.

Le *cacodylate de soude* renferme 41 p.c. d'arsenic. On le prescrira en cachets ou en potion, suivant les formules de Lemanski et de Danlos.

Cacodylate de soude.....	0 gramme 01
Poudre de quinquina....	} ââ 0 gramme 50
Bicarbonate de soude....	

pour un cachet (Lemansky). 3 à 4 par jour, aux repas.

Cacodylate de soude.....	2 grammes
Rhum.....	} ââ 20 grammes
Sirap simple.....	
Eau distillée.....	60 grammes
Essence de menthe.....	I ou II gouttes

I cuillère à café ou 0 gr. 10 de cacodylate de soude à chaque repas (Danlos).

L'arrhénal contient 25,88 p.c. d'arsenic.

Il permet de soumettre les malades à un traitement régulier et intensif sans phénomènes toxiques. Le professeur Gautier recommande d'en surveiller l'emploi chez les malades dont la fonction hépatique est insuffisante. Il conseille de l'administrer pendant cinq jours de suite, en faisant suivre d'un intervalle de repos égal au temps de la médication, puis de recommencer.

La solution dont se sert M. Lemoine.

Arrhénal.....	1 gramme
Eau distillée.....	50 grammes

est très pratique. X gouttes contiennent 0 gr. 01 d'arrhénal ; on donnera de X à XX gouttes avant chacun des principaux repas.

Mais l'arsenic ne peut pas toujours être donné par la voie buccale, soit qu'on ait affaire à un estomac peu complaisant ou que, des troubles gastro-intestinaux s'étant déclarés, on ait peur de les accroître avec l'arsenic, qui irrite le tube digestif :

on a alors recours à la voie sous-cutanée et l'on se sert des diverses solutions suivantes :

Arrhénal :

Arrhénal. 5 grammes
 Alcool phéniqué au 1/10. XI gouttes
 Eau distillée. Q.S. 100 centim. cubes
 Stériliser en portant à l'ébullition.
 1 centimètre cube contient 0 gr. 05 d'arrhénal.

Cacodylate de soude :

Cacodylate de soude. 6 grammes 40
 Alcool phéniqué à 1/100. X gouttes
 Eau distillée. 100 grammes
 Stériliser.

1 cent. cube contient 0 gr. 05 d'acide cacodylique
 Une injection par jour, que l'on peut doubler en laissant le malade se reposer huit jours.

A. GAUTIER.

Arsénite de potasse, liqueur de Fowler. On peut l'utiliser à la dose de 1/5e à 1 centimètre cube par doses progressives.

Veut-on associer l'arsenic et le fer, on s'adressera au *cacodylate de fer* : la formule suivante de Gilbert et Lereboullet est une des meilleures :

Cacodylate de fer. 0 gramme 30
 Eau distillée. 10 grammes

Injecter 2 à 3 seringues de 1 cent. cube par jour, en commençant par 1 centimètre cube.

A propos de quelques cas de chorée

Par le Dr Justement (*Ann. de la Société. Méd. Chi. d'Anvers, janvier 1908*)

L'auteur a eu à soigner quelques cas de cette affection dans le service des enfants à l'hôpital de Stuyvenberg. En les relatant, il les accompagne de considérations concernant le traitement. Celui-ci a été le même pour tous les cas. Tous les malades ont pris de l'arsenic suivant la méthode préconisée par J. Comby : 10 grammes de liqueur de Boudin dans un julep simple de 120 grammes à prendre par cuillerées à soupe de deux heures en deux heures le premier jour. Le second jour. 15 grammes de liqueur de Boudin ; 20 grammes le troisième jour ; 25 grammes le quatrième ; 30 grammes le cinquième ; 35 grammes le sixième : puis on redescend à 30 25, 20 15 10.

Les enfants tolèrent en général très bien ces doses élevées.

L'auteur est donc arrivé à prescrire par jour 35 et 40 milligrammes d'acide arsénieux, alors que la pharmacopée allemande recommande de ne point dépasser 20 milligrammes chez l'adulte.

A plusieurs reprises il a fallu interrompre le traitement pendant vingt-quatre heures à cause des vomissements : rarement il y a eu des vomissements.

Les enfants sont maintenus au lit pendant toute la durée du traitement et ne prennent que du lait à l'exclusion de toute autre boisson. L'auteur se demande si la constance du résultat favorable est due aux hautes doses d'arsenic employées. Le fait est qu'on emploie souvent avec succès l'acide arsénieux dans le traitement des névroses et de toutes les affections nerveuses en général sans altération anatomique. Dès le quatrième ou cinquième jour au plus tard, la physionomie des symptômes change complètement. Dans les cas graves, il est nécessaire, après quelques jours de repos, de soumettre les malades à une seconde cure.

Le traitement de la pneumonie aiguë

Par Samuel West (*The Practitioner, avril 1908*)

Le traitement de la pneumonie peut-être considéré sous trois aspects : la thérapeutique prophylactique et préventive, le traitement antibactérien ou antitoxique et le traitement symptomatique.

Le pneumocoque étant habituellement présent dans la salive il y a lieu de prendre des précautions de propreté très grandes de la bouche pour affaiblir la virulence du microbe, puis d'éviter tout ce qui peut affaiblir la résistance de l'organisme et favoriser l'infection. C'est en cela que consiste la prophylaxie.

Le traitement antibactérien et antitoxique consiste à s'opposer au développement des pneumocoques, à augmenter la résistance de l'organisme au microbe, ou à neutraliser ses effets. Il n'existe actuellement aucun traitement capable de détruire les germes. La maladie suit son cours et rien ne peut la faire avorter. L'action antibactérienne des injections de quinine ou de camphre n'est pas établie. On pourrait préparer un vaccin avec le propre pneumocoque du malade, mais comme il faudrait quatorze jours pour le préparer, la question n'aurait plus d'intérêt.

La troisième méthode de traitement consiste à surveiller les symptômes et à agir sur eux s'il est nécessaire.

C'est la méthode expectante qui n'implique guère de traitement spécial dans un cas léger de pneumonie chez un sujet jeune et vigoureux.

En dehors de ces conditions hygiéniques à observer le régime se compose principalement de lait et de bouillon avec un ou deux œufs, un litre à un litre et demi et deux œufs par vingt-quatre heures suffisent pour un adulte. Il faut éviter de donner des quantités de lait telles qu'elles ne seraient pas digérées. Si la soif est vive, il faut diluer avec une eau gazeuse. Une purgation légère est indiquée au début de la maladie. Les expectorants sont inutiles. Contre la douleur on opposera des cataplasmes chauds ou des sangsues. Le malade ne devra pas quitter le lit avant que la température soit normale. Souvent il existe des phénomènes pleuraux qui surviennent insidieusement pendant la convalescence qui doit être surveillée d'une façon spéciale.

L'hyperpyrexie est rare dans la pneumonie, elle exige l'emploi immédiat du bain froid, ou bien on emploiera les lotions froides, l'enveloppement mouillé, le bain froid, difficile à appliquer, étant réservé pour des cas exceptionnels. Le malade peut encore être débarrassé de ses couvertures, ce qui abaisse considérablement la température du corps.

Le bain chaud, sinapisé ou non, est réservé pour les enfants.

Les antipyretiques ont deux inconvénients : leur action ne persiste pas et ils ont de la tendance à déterminer du collapsus.

Le collapsus cardiaque est le grand danger de la pneumonie ; sa cause varie suivant les cas, il peut tenir à la dégénérescence du myocarde, à la température trop longtemps anormale, à l'action de quelque poison, à la distension du cœur droit par suite de la gêne pulmonaire. La digitale, le strophanthus et la caféine sont les plus utiles des stimulants cardiaques.

La saignée apporte un grand soulagement quand le cœur droit est distendu, mais elle doit être large et rapide pour être efficace.

Les stimulants, l'alcool notamment, sont utiles surtout chez les sujets âgés et affaiblis, ainsi que chez les alcooliques ou dans les cas d'asthénie.

L'oxygène diminue la cyanose, on doit le donner humidifié en le faisant barboter dans de l'eau alcoolisée.

La toux est rarement assez intense pour réclamer un traitement, mais elle peut réclamer l'emploi des narcotiques. Le hoquet est un symptôme très grave, c'est à peine si les injections de morphine peuvent le calmer.

Beaucoup de médicaments ont été préconisés contre le délire : l'auteur recommande le bromure d'ammonium avec ou sans chloral, l'hyoseyamine et le cannabis indica. Contre l'insomnie, on s'adressera aux moyens physiques plutôt qu'aux narcotiques.

Diagnostic et traitement de la cholécystite aiguë

Par Arnsperger, Medical Klinik, No 11, 1908.

Kehr a montré que, sur 100 porteurs de calculs biliaires, 5 p. 100 seulement présentent des accidents et parmi ceux-ci 20 p. c. nécessitent l'intervention. Il faut donc admettre l'action de l'infection dans la genèse de la colique hépatique. La cholécystite aiguë présente de grandes analogies cliniques avec l'appendicite, mais les dangers de perforation sont beaucoup plus rares : même dans ce dernier cas, le processus a une tendance à rester localisé.

L'accès de cholécystite est en général de diagnostic aisé à son début : on sent la vésicule biliaire distendue. Mais les symptômes nets disparaissent bientôt et il devient alors fort malaisé de reconnaître la cause des accidents observés.

La cholécystite aiguë grave doit être traitée par le repos, les applications chaudes et les injections de morphine. S'abstenir de purgatifs. Si le processus ne s'apaise pas, l'intervention s'impose : et la cystectomie doit être préférée à la cystotomie. L'opération à chaud est souvent d'exécution aisée, les adhérences sont peu résistantes.

Sur 36 cas opérés à la clinique de Heidelberg, de 1904 à fin 1907, il y eut 22 p. 100 de mortalité. Sur 12 cystotomies, il y eut 3 morts par péritonite : on trouva à l'autopsie dans les 3 cas un calcul dans le canal cystique.

L'accès aigu se manifeste très fréquemment chez les femmes en couches et aussi chez les femmes enceintes.

Traitement de l'acné vulgaire

(The Hospital, 25 avril 1908)

La plupart des cas d'acné cèdent à un traitement local. Ce traitement consiste à expulser les comédons, à pratiquer un lavage et un savonnage à l'eau chaude, suivi de l'application d'une lotion sulfureuse. L'expulsion

des comédons est importante parce qu'ils recèlent des microorganismes, mais il ne faut pas exprimer les comédons enflammés. Comme lotion, l'auteur recommande la suivante :

Soufre précipité.....	8 gr.
Glycérine.....	8 gr.
Alcool rectifié.....	60 gr.
Éther.....	8 gr.
Eau de rose q. s. pour 240	

La lotion est faite largement, sans essuyer et on laisse sécher la poudre qui reste appliquée jusqu'au lavage du lendemain matin.

Les papulo-pustules doivent être incisées à leur apparition avec un bistouri très fin et baignées ensuite dans de l'eau chaude. Dans les nodules indurés, une fois l'incision faite, on introduit une goutte d'acide phénique pur dans la cavité à l'aide d'une allumette. Lorsque la suppuration est marquée on donne trois fois par jour 0 gr. 12 de sulfure de calcium en pilules ou de la levure de bière.

Dans les cas rebelles, il peut être nécessaire de recourir à d'autres traitements. On emploie d'abord des pâtes à l'oxyde de zinc et à la résorcine dont on augmente progressivement la proportion de 10 à 50 p. 100 le troisième ou le quatrième jour. Ce traitement oblige le malade à rester à la maison, il a pour effet d'enlever des lambeaux de couche épidermique et de laisser ensuite la peau dans un grand état d'amélioration. On recommence l'application au bout d'un certain temps. On peut encore appliquer durant plusieurs soirs de suite la pâte suivante de Schwimmer :

Soufre précipité.....	4 gr.
b naphthol.....	4 gr.
Savon vert.....	8 gr.
Axonge préparée.....	16 à 25 gr.

On laisse cette pâte en contact avec la peau durant une ou deux heures, on fait ensuite un lavage et on applique une poudre pour sécher. La desquamation se produit au bout de deux semaines et on prescrit alors une pommade calmante.

La méthode de Wright, la vaccine staphylococcique, peut être employée dans les cas rebelles d'acné pustuleuse. Elle donne souvent des résultats, mais non toujours.

La radiothérapie est très efficace, mais doit être réservée pour les cas rebelles. Elle réussit aussi dans les cas légers, mais on a d'autres méthodes à sa disposition. On doit l'employer avec grand soin et à doses mesurées. Parfois il se produit des exacerbations temporaires graves qui sont imprévues.

Traitement de la névralgie faciale par l'alcoolisation locale

Par Sicard (*La Presse médicale*, 6 mai 1908)

Cette méthode a été quelque peu abandonnée, parce qu'elle fut employée au traitement de cas qui ne convenaient pas (erreurs de diagnostic) ou parce qu'elle fut trop souvent mal exécutée.

Le principe de Schlessler consiste dans la destruction au maximum par l'alcool des troncs, branches ou filets de trijumeau, au moyen de fines aiguilles, faciles à manier et à introduire. L'auteur utilise tantôt la voie externe, tantôt la voie buccale : il a pu démontrer qu'il n'est pas nécessaire d'opérer sur les trous profonds, ovale ou grand rond, et qu'on peut s'adresser aux canaux périphériques. On peut diviser ces trous et canaux en trois groupes :

1o *Périphérique*. — Orifices sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier.

2o *Moyen*. — Canaux du diploé des os maxillaires supérieur et inférieur, le canal dentaire inférieur à son origine spixienne et le canal palatin postérieur.

3o *Profond*. — Trou ovale et grand rond.

Avec les aiguilles de 4 à 6 centimètres de long, 0,7 à 0,8 millimètres de diamètre, on pénètre au niveau des trous des deux premiers groupes ; pour le 2e, on se sert de forets spéciaux pour arriver aux orifices. Anesthésie avec la stovaine à 1 p. 100.

L'alcool est à 80°. Les malades sont opérés dans le décubitus horizontal. L'on ne pousse l'injection alcoolique qu'au moment où l'on a atteint le but, la réaction douloureuse est minime pour tous les groupes, le trou ovale excepté. Avec les aiguilles fines, la blessure des vaisseaux n'est pas dangereuse. Si elle survient, il faut, s'il s'agit de l'artère sus ou sous-orbitaire, faire une compression locale énergique.

La douleur post-opératoire ne persiste que deux ou trois jours : l'alcool peut provoquer un œdème local parfois très accusé. Si l'injection est bien réussie, on constate une anesthésie persistante dans le domaine cutané ou muqueux de la branche nerveuse injectée ; elle dure quatre à dix mois en moyenne. Dans le domaine du sous-orbitaire se montre parfois un prurit désagréable, cédant après trois à quatre semaines.

L'auteur dispose de 63 observations : pour les cas déjà traités chirurgicalement, le bénéfice de l'alcoolisation est moindre, parce que les brides de tissu cicatriciel constituent des causes d'irritation nerveuse ultérieure.

Dans les autres cas, les résultats ont toujours été parfaits, sauf dans 2 cas où il fut impossible de faire pénétrer l'aiguille au niveau du maxillaire inférieur à son émergence du trou ovale (anomalie). Trois malades sont guéris depuis dix-sept, dix-neuf et vingt-quatre mois : les récidives, se manifestant au bout de quatre à six mois, sont traitées à nouveau et promptement calmées.

L'auteur estime que l'opération idéale serait la destruction à l'alcool du ganglion de Gasser.

Toute injection, pour être réussie, doit s'accompagner d'une anesthésie du territoire tributaire du nerf.

E. ST-JACQUES.

Chirurgie d'hier et chirurgie d'aujourd'hui

Dans une intéressante étude, publiée dernièrement dans le *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques* le Dr Lucas-Championnière compare les résultats de la chirurgie préantiseptique avec ceux obtenus de nos jours, et pour établir les progrès de cette dernière, il s'autorise d'une communication faite récemment à l'Académie des Sciences par M. Gusgon.

« Il est plus intéressant, disait-il, de comparer les deux états d'une opération pratiquée avant l'ère antiseptique et depuis l'époque actuelle, surtout si cette opération témoigne d'un changement absolu dans les résultats de la méthode générale de protection des plaies.

La résection du genou, qui enlève toutes les parties constituantes de l'articulation du genou, nous paraît apporter le meilleur résultat critérium du progrès chirurgical moderne quand elle est pratiquée antiseptiquement.

Elle est faite sur la plus grande articulation de l'économie qui constitue une région d'une sensibilité telle à la septicémie qu'aucune autre région n'en a de plus vive.

Cette sensibilité est telle que les opérations les plus minimes faites sans précautions spéciales (ponction) conduisaient souvent aux désastres. Une grande opération comme la résection comportait d'effrayantes mortalités.

Les partisans de cette opération, groupant les meilleurs chiffres, allant chercher les meilleurs succès à l'étranger, trouvaient encore des chiffres qu'ils considéraient comme peu élevés et encourageants.

En France, en réunissant les cas heureux, on arrivait au chiffre plus vrai de 57 p.c.

Les opérations des hôpitaux de Paris avaient à peu

près toutes échoué. Les chiffres réels variaient de 80 à 90 pour cent de mortalité.

En opposition, voici mes résultats personnels pour cette opération, d'autant plus intéressante que j'ai dû, pour la faire, par les méthodes nouvelles, constituer une technique personnelle après des tâtonnements dangereux.

De 1880 à 1907, j'ai fait 136 résections du genou.

Jusqu'à ma cent trente-troisième opération, je pouvais croire que je n'aurais aucune mortalité, car je n'avais vu aucun cas de mort par suite de l'opération.

Parmi les sujets à très mauvais état général que j'avais suivis, je n'ai vu la mort qu'après cinq, six mois, deux ans, dix ans, tout à fait indépendante de l'opération.

J'ai perdu le cent trente-troisième opéré, trente-six heures après l'opération, de délire alcoolique.

J'avais hésité à l'opérer et n'avais fait que céder à ses supplications. On m'avait caché que c'était un absinthique et j'appris après sa mort qu'il prenait, chaque jour, cinq ou six absinthes.

Même en tenant compte de ce décès, je n'avais eu que 0,76 pour cent de mort, au lieu de 36 pour cent, la statistique la plus favorable jusque-là.

Je n'ai jamais vu le retour de la tuberculose à longue échéance pour mes opérés guéris.

Le fait le plus remarquable que je puisse citer, c'est l'absence absolue des fistules dues à des suppurations post-opératoires.

J'ai revu un très grand nombre de mes opérés, après 25, 15, 18, 14 ans, etc.

Tous marchaient bien, avec un membre plus court ce qui lui permettait bien d'osciller pendant la marche.

J'en ai vu faire de véritables tours de force. Tel cet homme que j'ai revu dix ans après son opération.

Colporteur, il reprit son métier peu de mois après son opération et son premier voyage à pied fut de 75 kilomètres.

L'influence de ces opérations : qui enlèvent un gros foyer de tuberculose, a souvent été de permettre la guérison d'autres foyers, même de foyers pulmonaires. J'en ai plusieurs exemples.

Toutes mes opérations ont été faites en suivant la méthode de Lister, sans avoir aucun recours aux méthodes dites aseptiques, dans des salles hospitalières communes, au milieu des suppurants et des sujets infectés venus du dehors. Je n'ai jamais utilisé une salle dite aseptique.

On peut conclure de cette série de résections du ge-

nou, l'une des plus longues qu'un seul chirurgien ait opérée en aucun pays, que cette opération autrefois si meurtrière peut devenir d'une bénignité absolue.

Malgré l'énorme étendue du foyer opératoire et la sensibilité de la séreuse articulaire, elle a pu être accomplie non seulement sans mortalité, mais avec la disparition absolue des plus petites complications, donnant le même résultat que les opérations les plus simples sur les régions peu sensibles aux accidents.

Ce progrès chirurgical pour cette lésion est tel que, si on traitait systématiquement par la résection du genou toute tumeur blanche susceptible d'aboutir à l'ankylose ou à toute complication, on verrait à peu près disparaître de la chirurgie les amputations pour tuberculeuse du genou, encore si fréquentes.

E. SAINT-JACQUES.

Traitement du goitre exophtalmique par le sulfate neutre de quinine

Par MM. Lancereaux et Paulesco. (*Ac. de médecine*
25 février 1908)

Le goitre exophtalmique est caractérisé par la dilatation des vaisseaux du cou et de la tête. Aussi MM. Lancereaux et Paulesco ont-ils eu l'idée de traiter cette affection par le sulfate neutre de quinine qui est un vaso-constricteur.

Ils ont prescrit ce médicament à 20 Basedowiens.

Les malades ont pris, au repas du soir, 2 à 5 cachets de 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le traitement fut prolongé pendant plusieurs mois, mais fut entrecoupé de périodes de repos.

Grâce à cette thérapeutique la vasodilatation cervicale et céphalique cessa complètement ainsi que les symptômes concomitants (cauchemars, énervement tachycardie). La tumeur goitreuse elle-même diminua sensiblement de volume.

Eclampsie survenue le 10 jour après l'accouchement

M. le Dr Brenot (de Dijon) rapporte dans la *Bourgoigne médicale* un cas assez exceptionnel, dans lequel, chez une secondipare accouchée une première fois sans accident, se produisirent au second accouchement, normal, des accès d'éclampsie très nets avec cette particularité qu'ils ne débutèrent que le dixième jour après l'accouchement. Les accidents, d'apparence très grave, s'amendèrent cependant assez rapidement sous l'influence du traitement.

Les cas d'éclampsie aussi tardive sont assez exceptionnels ;

Il existe cependant dans la science obstétricale quelques exemples classiques d'éclampsie tardive. On peut signaler en particulier : ceux de Naegelé (éclampsie survenue le 9^e jour après l'accouchement), de Cazeaux (12^e jour), de Legroux (16^e jour), de Simpton (8^e semaine).

A partir du 9^e jour après l'accouchement, les crises éclampiques sont exceptionnellement rares, et leur diagnostic ne doit en être accepté qu'après un contrôle sévère.

Dans le cas de M. Brenot, ce diagnostic ne pouvait faire de doute.

Collège des médecins et chirurgiens. Comité de législation

Le comité de législation adresse cette circulaire aux membres des Sociétés Médicales de la Province de Québec.

Messieurs,

Vous n'ignorez pas que le Bureau des Gouverneurs a nommé une Commission spéciale ayant pour objet de préparer un projet de loi amendant l'acte médicale dans le sens suivant :

1^o. Pour créer un Bureau Provincial d'examinateurs ; 2^o. Pour porter le curriculum des études médicales à cinq années ; 3^o. Pour pouvoir organiser un Conseil de discipline effectif ; 4^o. Pour restreindre l'exercice illégal de la médecine ; 5^o. Pour abolir l'institution des assesseurs ; 6^o. Pour nommer un officier exécutif du Bureau des Gouverneurs au lieu et place des Secrétaires et du Régistrateur actuels.

Si Messieurs, vous partagez notre opinion, si vous croyez ces réformes désirables et dans l'intérêt de la profession, nous vous demandons d'abord, d'étudier ces propositions à votre prochaine réunion, de donner une expression d'opinion au Gouverneur qui représente votre district ; puis ensuite d'exercer toute l'influence dont vous êtes capable auprès de votre député, pour qu'il nous rende justice, lorsque nous irons devant la Législature à la prochaine session, réclamer ces réformes. Nous demandons votre concours au nom des intérêts professionnels communs.

Veuillez nous croire, chers confrères,

Vos dévoués, etc.

Albert LAURENDEAU,

Président.

François de MARTIGNY,

Secrétaire.

Nous espérons que la profession médicale répondra avec empressement et diligence à la lettre du comité de Législation.