

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy available for scanning. Features of this copy which may be bibliographically unique, which may alter any of the images in the reproduction, or which may significantly change the usual method of scanning are checked below.

L'Institut a numérisé le meilleur exemplaire qu'il lui a été possible de se procurer. Les détails de cet exemplaire qui sont peut-être uniques du point de vue bibliographique, qui peuvent modifier une image reproduite, ou qui peuvent exiger une modification dans la méthode normale de numérisation sont indiqués ci-dessous.

- Coloured covers /
Couverture de couleur
- Covers damaged /
Couverture endommagée
- Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée
- Cover title missing /
Le titre de couverture manque
- Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur
- Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)
- Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur
- Bound with other material /
Relié avec d'autres documents
- Only edition available /
Seule édition disponible
- Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

LÉGISLATION MÉDICALE. (1)

DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS.

§ 1.—*De la constitution en corporation du Collège des médecins et chirurgiens.*

3969. Toutes les personnes résidant dans la province de Québec, autorisées à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, et enrégistrées en vertu de la présente section, sont constituées en corps politique et corporation sous le nom de "Le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec;" et ils ont, sous ce nom, succession perpétuelle et un sceau commun, avec droit de le changer, de l'altérer, de le détruire ou de le renouveler.

Elles peuvent, sous ce nom, poursuivre et être poursuivies, plaider et se défendre, ester en justice devant tous les tribunaux quelconques, et sont habiles à voir, recevoir et conserver pour les fins de la présente section et pour l'avantage du collège, toutes les sommes de deniers qui sont en tout temps payées, données ou léguées au collège, et pour son usage.

La valeur des biens immeubles possédés par la corporation ne doit pas excéder, en aucun temps, la somme de vingt mille piastres.

La corporation peut, en tout temps, acquérir, recevoir, tenir et posséder, sans lettres d'amortissement, des terres, tènements ou héritages, et en jouir, ainsi que des intérêts et des profits en provenant, pour les fins du collège seulement, et elle peut les vendre, concéder, louer, aliéner ou en disposer et faire à cet égard tout ce que de droit. 42-43 V., c. 37, s. 2.

3970. La corporation doit avoir deux bureaux d'affaires, l'un dans la cité de Québec et l'autre dans la cité de Montréal, qui sont localisés au bureau même des secrétaires du collège nommés en vertu de l'article premier du chapitre deuxième de ses statuts et règlements.

L'assignation de la corporation se fait indistinctement à l'un ou l'autre de ces bureaux, en parlant à un employé; et dans tout procédé légal, le domicile de cette corporation est suffisamment

(1) En prévision du *Bill amendant la loi médicale*, qui sera présenté à la prochaine session de la Législature, nous publions ici, à l'exclusion de toute manière originale, le texte de la loi qui régit actuellement la profession.

En prenant connaissance des diverses clauses de cette loi, nos lecteurs seront mieux à même d'apprécier la nature et la valeur des droits et privilèges accordés au corps médical par le présent acte, et de pouvoir juger par eux-mêmes quels amendements il importerait de faire subir à la loi susdite. (RÉN. U. M. DE C.)

désigné par les mots " ayant un bureau d'affaires dans chacune des cités de Québec et Montréal. " 45 V., c. 32, s. 2.

§ 2.—*De la composition et de la régie du collège des médecins et chirurgiens.*

3971. Les personnes composant le collège des médecins et chirurgiens sont dénommés " Membres du collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec. " 42-43 V., a. 37, s. 3.

3972. Les affaires du collège sont régies par un bureau de gouverneurs, au nombre de quarante, élus pour trois ans, et choisis comme suit :

Quinze parmi les membres du collège résidant dans le district de Québec ;

Dix-neuf parmi ses membres résidant dans le district de Montréal ;

Trois parmi ses membres résidant dans le district de Trois-Rivières ; et

Trois parmi ses membres résidant dans le district de St-François.

En aucun temps la cité de Québec ne peut avoir plus de huit gouverneurs, et la cité de Montréal plus de dix ; pas moins ni plus de huit des membres du dit bureau des gouverneurs doivent résider dans la cité de Québec, et pas moins ni plus de dix dans la cité de Montréal.

Deux de ces membres sont nommés par l'Université Laval, à Québec, et choisis parmi les membres du collège résidant dans la cité de Québec ;

Deux de ces membres sont nommés par l'Université Laval, à Montréal.

Deux par l'Université du Collège McGill ;

Deux par l'Université de Bishop's College ; et,

Deux par l'école de médecine et chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université du Collège Victoria, ou à toute autre université britannique.

Ces huit derniers membres du bureau, ainsi nommés par l'Université Laval à Montréal, l'Université du Collège McGill, l'Université de Bishop's Collège et l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, doivent être choisis parmi les membres du Collège des médecins et chirurgiens résidant dans la cité de Montréal.

Les gouverneurs qui sont à la nomination des institutions ci-haut mentionnées ne sont pas tenus de faire confirmer ou approuver leurs nominations, ils ont droit de prendre leurs sièges et d'entrer en fonctions.

Dans le cas où quelqu'une des universités ou écoles de médecine ci-haut nommés, cesserait d'enseigner aux étudiants la science de la médecine, le pouvoir de nommer des membres du bureau des

gouverneurs, ci-haut prévu, cesse *ipso facto* et ne peut revivre que quand ces institutions reprennent de bonne foi leur enregistrement.

A chaque élection du bureau des gouverneurs, tout membre de la corporation a le droit de voter par procuration. 42-43 V., c. 37, s. 4.

3973. Pour les fins ci-haut, le district de Québec comprend les districts judiciaires actuels de Québec, Gaspé, Sagouay, Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce et Kamouraska ; — le district de Montréal: Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedford, Saint-Hyacinthe, Iberville, Beauport et Ottawa: le district de Trois-Rivières: les districts judiciaires actuels des Trois-Rivières et Arthabaska, —et le district de Saint-François comprend le district judiciaire de Saint-François. 42-43 c., s. 4, § 2.

3974. Les membres du bureau des gouverneurs sont élus pour une période de trois ans, mais tout membre peut, en tout temps, donner sa démission par lettre adressée au secrétaire de ce bureau, et au cas de mort ou de démission d'un membre du bureau, le secrétaire doit incontinent en notifier l'université ou corps où cette vacance survient, et cette université ou corps peut nommer une autre personne habile à remplir cette vacance.

Si la vacance est causée par la mort, la démission ou le départ d'une cité ou d'un district formant la circonscription électorale d'un membre élu par les cités ou districts, le bureau des gouverneurs remplit cette vacance à la première assemblée suivante, en élisant au scrutin un des membres éligibles du collège, de la cité ou du district où la vacance est survenue.

Dans le cas de vacance dans le bureau des gouverneurs, en conséquence de la cessation d'enseignement de la part de quelque institution, la place de ces gouverneurs est remplie de la même manière durant la suspension de l'enseignement parmi les membres du collège résidant dans la cité dans laquelle l'institution est située.

Durant toute telle vacance, le bureau des gouverneurs peut exercer les pouvoirs du bureau ci-après mentionnés. 42-43 V., c. 37, s. 4, § 3.

3975. Le bureau des gouverneurs est connu sous le nom de "Le bureau provincial de médecine;" il s'assemble en cette qualité, pour remplir les divers devoirs qui lui sont imposés en sa qualité de bureau des gouverneurs du collège, pas moins de deux fois par année, au lieu et à l'endroit qu'il juge le plus convenable.

Dans ces assemblées, sept membres forment un quorum pour la transaction des affaires. 42-43 V., c. 37, s. 4.

§ 3.—De l'admission à la pratique.

3976. Aucune personne ne peut pratiquer la médecine, la

chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province, à moins d'avoir une licence du bureau provincial de médecine, qui est autorisé à l'accorder, et sans avoir été enregistrée conformément à la présente section. 42-43 V., c. 37, s. 6, et 45 V., c. 32, s. 3.

3977. Toute personne qui a obtenu un degré ou diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées en l'article 3972, a droit à telle licence, sans subir d'examen sur ses connaissances et ses aptitudes médicales ;

Pourvu que ce diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la présente section, et aussi, que le bureau provincial de médecine ait le pouvoir d'accorder le même privilège aux porteurs de degrés ou de diplômes de médecine et de chirurgie d'autres universités et collèges britanniques, des colonies ou de la France. 42-43 V., c. 37, s. 7.

3978. Nul ne peut être admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, avant d'avoir obtenu un certificat de capacité du bureau provincial de médecine.

Personne n'a droit à une licence du collège sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions de la présente section, ou à moins qu'il ait subi un examen préliminaire équivalent, devant un collège, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et à faire subir de tels examens préliminaires dans les autres possessions de Sa Majesté britannique. 42-43 V., c. 37, s. 8.

3979. A une assemblée régulière, après l'expiration du triennat actuel, le bureau provincial de médecine nomme pour trois ans, et ainsi de suite de trois ans en trois ans, quatre personnes alors engagées dans l'enseignement de la province, pour examiner les aspirants à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets littéraires ci-après mentionnés, comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine, savoir :

Un examinateur parlant la langue française et un examinateur parlant la langue anglaise pour la cité de Montréal, et

Un examinateur parlant la langue française et un examinateur parlant la langue anglaise pour la cité de Québec.

Les sujets pour la qualité préliminaire sont l'anglais et le français, le latin, la géographie, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles lettres, et l'un des sujets suivants : le grec, la physique et la philosophie.

Le candidat doit aussi présenter un certificat de bonnes mœurs. 42-43 V., c. 37, c. 9.

3980. Tout aspirant à la licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans cette province, qui désire être enregistré, et qui n'a pas obtenu un degré ou un diplôme de médecine,

cine, de chirurgie et d'art obstétrique dans une des institutions mentionnées en l'article 3972, doit, avant d'avoir droit à telle licence et à l'enregistrement, passer un examen devant ce bureau, pour prouver ses connaissances et aptitudes à la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, et après avoir passé l'examen requis, et avoir prouvé, à la satisfaction des examinateurs, qu'il s'est conformé, dans une institution d'enseignement médical dans les possessions de Sa Majesté, aux règlements passés par le bureau provincial et, sur paiement des honoraires que le bureau peut fixer par règlement général, il a droit à cette licence. 42-43 V., c. 37, s. 10.

3981. Toute personne venant d'un collège reconnu en dehors des possessions de Sa Majesté, et désirant obtenir la licence du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, doit, au préalable, subir l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le bureau provincial de médecine, ou prouver, à la satisfaction du bureau, qu'elles ont déjà passé un examen équivalent.

Elle doit de plus, suivre, dans l'une des écoles de médecine de de cette province, un cours complet (six mois) de lectures, et tout autre cours nécessaire pour compléter le *curriculum* exigé par le bureau; elle doit aussi subir l'examen professionnel devant le bureau provincial de médecine.

Cette personne peut subir son examen professionnel immédiatement après l'examen préliminaire. 42-43 V., c. 37, s. 11.

3982. Le bureau des gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens a le pouvoir :

1. De régler l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, en établissant des règlements relatifs aux qualités préliminaires, la durée des études, le cours à suivre, et l'âge de l'aspirant à une licence pour pratiquer;

2. D'examiner toute lettre de créance, tout certificat d'admission à l'étude ou d'assistance aux cours, et tous autres documents paraissant donner au porteur le droit de réclamer une licence pour l'autoriser à pratiquer, et les diplômes, degrés ou autres qualités que l'on désire faire enregistrer en cette province, et d'exiger du porteur d'iceux, qu'il atteste sous serment—lequel est administré par le président pour le temps d'alors—que c'est lui qui est nommé dans les dites lettres, et qu'il les a obtenues légalement;

3. De faire enregistrer, dans les livres du collège, le nom, l'âge, le domicile, la place natale de chaque membre pratiquant la profession dans la province, la date de sa licence et la place où il l'a obtenue;

4. De fixer le temps d'épreuve que les personnes doivent subir, avant d'être éligibles comme gouverneurs du collège, lequel temps d'épreuve ne peut être moindre que quatre ans; et

5. De faire les règles et règlements pour la gouverne et la régio efficace de la corporation, et l'élection du président et des officiers d'icelle, qu'ils jugent convenables et expédients, lesquels règles et règlements sont soumis au lieutenant-gouverneur en conseil pour être approuvés par lui, et ne sont en vigueur qu'après avoir reçu sa sanction. 42-43 V., c. 37, s. 12.

3983. De temps en temps, quand l'occasion le demande, le bureau provincial de médecine fait des règlements concernant :

1. Les devoirs des examinateurs, les sujets et le mode des examens, le temps et le lieu de leur tenue, et en général tout ce qui est jugé convenable et nécessaire relativement à ces examens ;

2. L'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique quant aux qualités préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que doivent suivre les étudiants.

Aucun changement dans le cours d'études établi par le bureau ne peut venir en vigueur qu'un an après qu'il a été fait.

3. La nomination des assesseurs choisis parmi ses membres ou les membres enregistrés du collège, pour assister aux examens médicaux dans les universités, collèges et écoles constituées en corporation de la province, et faire rapport au bureau provincial sur la nature de ces examens.

Tels assesseurs ne doivent cependant pas être choisis parmi les professeurs d'aucune université ou école constituée en corporation, et au cas où ce rapport serait, en aucun temps, défavorable à ces universités, collèges ou écoles, le bureau provincial peut refuser la licence et l'enregistrement des degrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles tel rapport a été fait, tant que ces examens n'ont pas été réformés.

A cette fin, le bureau provincial nomme ou élit des assesseurs, dont deux ou plus doivent assister aux examens de chaque université, collège ou école de médecine constituée en corporation d'accord avec un ou plusieurs règlements qu'il est du devoir du bureau de passer.

Ces institutions doivent notifier le bureau provincial, au moins un mois d'avance, de l'époque à laquelle leurs examens ont lieu.

4. Le tarif des prix payables dans les villes et dans les campagnes relativement aux avis en matière de médecine, d'art obstétrique ou de chirurgie et relativement aux soins ou à l'accomplissement de toute opération, ou à toute médecine qui ont été prescrits ou fournis.

Pour être valable, ce tarif doit être approuvé par le lieutenant-gouverneur en conseil, et ne peut entrer en vigueur que six mois après sa publication et après la publication, une fois, dans la gazette officielle de Québec, de l'arrêté en conseil l'approuvant.

Ce tarif ne dispense pas, en cas de poursuite, de la preuve des avis, soins, prescriptions, remèdes et autres choses y mentionnés, d'après les lois actuellement en vigueur. 42-43 V., c. 37, s. 13.

3984. Le bureau provincial de médecine a le pouvoir de fixer, par règlement, le salaire ou les honoraires qui doivent être payés aux officiers, aux examinateurs et aux assesseurs par lui nommés; ainsi que les honoraires que doivent payer les aspirants à l'étude de la médecine et les aspirants à la licence, de même que les honoraires payables pour enregistrement.

Le bureau peut disposer de ces honoraires de la manière qu'il croit la plus propre à favoriser les intérêts du collège. 12-13 V., c. 37, s. 14.

3985. Les qualités requises de tout aspirant à la licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, sont les suivantes :

1. Être porteur d'un certificat d'étude obtenu d'un médecin muni d'une licence pour l'intervalle qui sépare les cours qu'il a suivis ;

2. Avoir atteint l'âge de vingt et un ans.

3. Avoir étudié pendant une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude par le bureau ;

4. Avoir suivi, pendant ces quatre années, dans quelques université, collège ou école de médecine constituée en corporation, dans les domaines de Sa Majesté, pas moins de deux cours de six mois chacun, d'anatomie générale ou descriptive, — d'anatomie pratique, — de chirurgie, — de pratique de la médecine, — de l'art obstétrique, — de chimie, — de matière médicale et de thérapeutique générale, — des institutes de médecine, ou de physiologie et de pathologie générale, — de clinique médicale et de clinique chirurgicale, — un cours de six mois ou deux cours de trois mois de jurisprudence médicale, — un cours de botanique de trois mois, — un cours d'hygiène de trois mois et un cours de pas moins de vingt-cinq démonstrations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie microscopiques ;

5. Avoir suivi la pratique générale d'un hôpital contenant au moins cinquante lits, sous la charge de deux médecins ou chirurgiens au moins, pendant une période de pas moins de six mois chacune ;

6. Avoir assisté à six cas d'accouchement, et avoir préparé des remèdes pendant six mois.

Chaque cours de six mois doit avoir été de cent-vingt lectures, excepté pour la clinique médicale et chirurgicale, et la jurisprudence médicale.

Des quatre années d'études exigées par la présente loi, au moins trois termes de six mois chacun, doivent avoir été employés à suivre des cours dans une université, un collège ou une école de médecine constituée en corporation, reconnue par ce bureau.

Les premiers de ces cours doivent avoir été ainsi suivis pendant la session qui suit immédiatement l'examen préliminaire, et les

derniers durant la quatrième année d'étude, et l'aspirant doit subir son examen sur les matières finales du *curriculum* à la fin de la session de sa quatrième année d'étude. 42-43 V., c. 37, s. 15, et 45 V., 32, s. 4.

3986. Toutes les personnes qui obtiennent du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec une licence les autorisant à pratiquer, doivent porter le nom de membres du collège, mais elles ne peuvent être élues comme gouverneurs qu'après quatre années de la date de leur admission comme membres ; cette élection des gouverneurs est faite suivant les règles et règlements du bureau et de la manière que celui-ci le prescrit.

Les membres du collège paient une contribution annuelle de deux piastres. 42-43 V., c. 37, s. 16.

3987. Le bureau provincial de médecine a le pouvoir de faire des règles et règlements concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements dans cette province, et il fixe le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualités exigées d'elles ;

Pourvu toutefois, que toute femme qui, le 31 octobre 1879, était légalement habile à pratiquer comme sage femme dans cette province, tout en étant requise de se conformer aux règles et règlements qui ont pu être faits après cette époque à leur égard par le collège des médecins et chirurgiens de Québec, retienne cette habileté.

Rien dans le présent article ou dans les règlements ne doit empêcher les femmes dans les campagnes, de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements comme cela se fait souvent sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles doivent obtenir un certificat d'un médecin dûment muni de licence constatant qu'elles ont les capacités suffisantes. 42-43 V., c. 37, s. 17.

3988. Le bureau provincial de médecine doit faire tenir par le régistrateur un registre dans lequel sont entrés, successivement, les noms des personnes dûment licenciées et enregistrées en vertu de la loi, et qui se sont conformées aux dispositions ci-après mentionnées, et aux règles et règlements faits par le bureau provincial de médecine concernant les qualités requises pour les personnes pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province.

Les personnes seules dont les noms sont inscrits dans le registre ci-haut mentionné sont considérées comme habiles et licenciées pour cette pratique.

Ce registre peut, en tout temps, être examiné par tout praticien dûment enregistré ou par toute autre personne. 42 43 V., c. 37, s. 18.

3989. Le régistrateur doit tenir le registre en conformité des dispositions de cette loi et des ordres et règlements du bureau provincial de médecine.

Il fait, de temps à autre, les changements nécessaires relatifs à la résidence et aux qualités des personnes enregistrées, et il remplit les autres devoirs qui lui sont imposés par le bureau provincial de médecine. 42-43 V., c. 37, s. 19.

3990. Sous la direction du bureau des gouverneurs, le régistrateur du collège fait imprimer, publier et distribuer aux membres du collège, de temps à autre, une copie du registre des noms des médecins et chirurgiens enregistrés, qu'il coordonne alphabétiquement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et les qualités conférées par le collège ou autre corps médical, avec les dates d'iceux.

Ce registre est appelé : " Le registre médical de Québec."

Une copie imprimée d'icelui, certifiée sous la signature officielle du régistrateur, fait *primâ facie* preuve devant tous les tribunaux, que les personnes y nommées et entrées ont été enregistrées selon les dispositions de la présente section.

L'absence du nom de toute personne dans cette copie, fait *primâ facie* preuve, que cette personne n'a pas été enregistrée suivant les exigences de cette section; pourvu toujours que, dans le cas où le nom d'une personne n'apparaît pas dans une telle copie imprimée, une copie ou un extrait du registre certifié par le régistrateur du collège, de l'entrée du nom de cette personne sur le registre fasse preuve que la personne a été dûment enregistrée. 42-43 N., c. 37, s. 20.

3991. Un certificat, sous le seing du régistrateur, à l'effet que tout membre dont le nom apparaît sur le registre a payé ses contributions annuelles au collège, est admis devant tout tribunal comme preuve *primâ facie* que ces paiements ont été faits. 42-43 V., c. 37, s. 20.

3992. Toute personne obligée ou ayant droit, suivant la présente section, d'être enregistrée, et qui néglige ou omet de le faire, n'a pas le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ne peut réclamer aucun des droits et privilèges accordés par cette section, et est passible de toutes les pénalités imposées par icelle, ou par toute autre loi, contre toute personne pratiquant la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, sans avoir été enregistrée ainsi que requis; sauf toutefois le droit de certains membres qui ont reçu une licence du collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada. 42-43 V., c. 37, s. 22, et 45 V., c. 32, ss. 5 et 6.

3993. Toute personne qui a suivi, durant trois sessions, des cours de quelque école de médecine dans les possessions britanniques, et qui s'est actuellement livrée à la pratique ou à la profes-

son de la médecine dans cette province, pour un laps de temps dépassant trente années, peut, sur preuve de ces faits, à la satisfaction du bureau provincial de médecine, et en produisant, en outre, un certificat signé par deux médecins résidant dans les environs où il a pratiqué, qu'il a réussi dans sa profession et qu'il mérite la considération du bureau, a droit à une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, et à l'enregistrement sans examen. 42-43 V., c. 37, s. 24.

3994. Nul, s'il n'y est autrement autorisé, n'a le droit de recouvrer aucun compte devant un tribunal, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, opérations ou remèdes qu'il peut avoir prescrits ou donnés, ni ne peut se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par la présente section, à moins qu'il ne prouve qu'il est enregistré d'après la loi, et qu'il a payé sa contribution annuelle au collège. 42-43 V., c. 37, s. 25.

3995. Nul certificat requis par la présente section ou par tout acte maintenant en vigueur, de la part d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un médecin pratiquant n'est valide, à moins que la personne qui l'a signé ne soit enregistrée d'après la présente section. 42-43 V., c. 37, s. 26.

3996. Si le régistrateur est convaincu d'une félonie, il est inhabile à remplir une charge dans le collège. 42-43 V., c. 37, s. 21.

3997. Tout membre enregistré de la profession médicale, qui a été trouvé coupable de quelque félonie devant un tribunal judiciaire, perd, par le fait même, son droit à l'enregistrement, et le bureau provincial de médecine fait rayer son nom du registre.

Dans le cas où une personne, connue pour avoir été convaincue de félonie, se présente pour se faire enregistrer, le régistrateur doit refuser tel enregistrement. 42-43 V., c. 37, s. 27.

§4.—Des pénalités et poursuites.

3998. Toute personne n'ayant pas le droit d'être enregistrée dans cette province, qui est convaincue, sur le serment d'un ou de plusieurs témoins, d'y avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, en contravention aux dispositions de la présente loi, soit à gages, soit pour argent, marchandise ou effet généralement quelconque, ou dans l'espérance de recevoir quelque argent, marchandise ou effet, dans l'espérance d'une récompense, ou qui est récompensée d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, encourt une pénalité de cinquante piastres.

2. Une pénalité semblable de cinquante piastres est encourue par toute personne qui assume le titre de docteur, de médecin ou

de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut établir ce fait par une preuve légale, ainsi que voulu par la présente section et les autres lois du pays.

3. Toute personne qui assume, dans une annonce, dans un papier-nouvelles, ou dans des circulaires écrites ou imprimées, ou sur des cartes d'adresse, ou sur des enseignes, un titre, un nom ou une désignation de nature à faire supposer ou à porter le public à croire qu'elle est dûment enregistrée ou a qualité à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, ou quelqu'un de ces genres de médecine, ou toute personne qui offre ou qui donne ses services comme médecin, chirurgien ou accoucheur, soit à gages, soit pour argent, ou dans l'espérance d'une récompense, si elle n'est pas dûment autorisée et enregistrée dans cette province, est, dans chacun de ces cas, passible d'une semblable amende de cinquante piastres.

4. Dans toute poursuite instituée en vertu de la présente section, la preuve de l'enregistrement est à la charge du poursuivi.

Les pénalités imposées par cette section sont recouvrées avec dépens par poursuites au nom du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, en son nom corporatif, et elles appartiennent à la corporation pour son usage.

Dans aucune de ces poursuites ou dans aucune autre action civile, dont la corporation fait partie ou dans laquelle elle est intéressée, aucun membre de la corporation n'est regardé comme témoin incompetent, à cause de cette qualité de membre.

Les pénalités imposées par la présente loi peuvent être réclamées par simple action civile ordinaire au nom de "Le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec," devant une cour de circuit du comté ou du district du domicile du défendeur, ou du district dans lequel l'offense a été commise.

Le tribunal, si la preuve est suffisante, condamne le défendeur à payer une pénalité de cinquante piastres, en outre des frais, dans le délai qu'elle fixe, et à un emprisonnement de soixante jours dans la prison commune du district, sur son défaut de satisfaire à la condamnation dans ce délai.

Le mandat d'emprisonnement, dans ces cas, est émis sous la signature du greffier du tribunal, sur la demande écrite de l'avocat du poursuivant, et peut être *mutatis mutandis*, suivant la formule (O 1) donnée dans la cédule annexée au chapitre 178 des Statuts révisés du Canada, et exécuté en la manière ordinaire. 42-43 V., c. 37, s. 28 ; 45 V., c. 32, ss. 7 et 8, et 49-50 V., c. 34, s. 1.

3999. Dans tous les cas où d'après la présente section, la preuve de l'enregistrement est requise, une copie imprimée ou autre, ou

un extrait du registre, certifié par le régistrateur du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, pour le temps d'alors, au lieu de la production du registre original, est une preuve suffisante que toutes les personnes qui y sont mentionnées, sont enregistrées comme médecins pratiquants; et tout certificat sur cette copie imprimée ou autre du registre, établissant qu'il a été signé par une personne quelconque en sa capacité de régistrateur du collège, d'après cette section, fait *prima facie* preuve que cette personne est le régistrateur, sans qu'il soit nécessaire de prouver sa signature, ou qu'il est de fait tel régistrateur. 42-43 V., c. 37, s. 29.

§ 5.—*Dispositions diverses.*

4000. Les règlements et règles faits jusqu'ici par le collège des médecins et chirurgiens de la province demeurent en vigueur jusqu'à ce qu'ils soient abrogés ou modifiés d'après les dispositions de la présente section. 42-43 V., c. 37, s. 30.

4001. Il est loisible au président du collège, s'il le juge expédient, en tout temps, d'autoriser, nommer et constituer par un ordre sous son seing et sceau, toute personne de son choix autre qu'un des officiers du dit collège, pour prendre des procédés contre quiconque est soupçonné d'avoir enfreint quelqu'une des dispositions de la présente section, et percevoir toute somme d'argent payable au collège par qui que ce soit. 42-43 V., c. 37, s. 31.

4002. Rien de contenu dans la présente loi n'est considéré comme affectant les droits d'aucune personne, établis par les dispositions de la section suivante de ce chapitre. 42-43 V., c. 37, s. 35.

Antisepsie obstétricale.—Dans une leçon clinique de M. TARNIER, publiée dans le *Bulletin médical*, l'illustre accoucheur dit qu'à la suite d'expériences concluantes faites dans son service de la maternité, il résulte manifestement que l'injection intra-utérine de sublimé suivie d'un lavage (la seule manière légitime d'utiliser le sublimé dans ces circonstances) est trois fois moins énergique que l'injection phéniquée suivie de lavage. M. Tarnier regarde l'acide phénique comme étant particulièrement indiqué dans les cas de rétention placentaire.

—Nous n'avons pas encore vu une femme soumise depuis huit jours au régime lacté devenir éclamptique. — TARNIER et BUNN.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

De la technique et des contre-indications du lavage de l'estomac.—MM. les Drs DEBOVE et RÉMOND, dans un opuscule paru récemment, reviennent sur la technique du lavage de l'estomac et font ressortir toute l'exagération des adversaires de cette précieuse méthode, en réduisant à très peu de chose les accidents et complications possibles.

Le lavage de l'estomac est une opération fort simple; elle devrait toujours se faire sans difficultés. Cependant, quelquefois, l'état d'émotivité où se trouvent les malades, ou toute autre cause, viennent compliquer momentanément la technique. Il y a donc certaines précautions à prendre, certaines règles à suivre. Tout ce qui va être dit se rapporte à l'emploi du tube Debove présentant cette particularité que son extrémité œsophagienne est d'une consistance demi-rigide.

On se place devant le patient assis et, déprimant la base de la langue avec l'index de la main gauche, on introduit, le plus loin possible et en le faisant glisser contre la paroi postérieure du pharynx, l'extrémité semi-rigide du tube. Cette extrémité a pu être enduite de glycérine, de vaseline. Le plus simple est de la mouiller. L'eau suffit à assurer le glissement du tube et le malade n'a pas ainsi de sensations désagréables.

La sonde ainsi engagée, on retire le doigt de la main gauche, et tout en priant le malade de faire des mouvements de déglutition, on pousse le tube qui se trouve entraîné mécaniquement dans l'œsophage. On continue à le faire progresser lentement, sans brusquerie, en recommandant au malade d'avaler et de souffler. Le premier de ces deux mouvements sert à faciliter la déglutition de la salive dont l'accumulation pourrait provoquer des efforts de toux; le second assure au médecin qu'il est bien dans l'œsophage. Il permet en outre au malade de vaincre la sensation de dyspnée légère qu'il éprouve en général, les premières fois qu'il avale la sonde.

Enfin, un léger ressaut vous avertit que vous avez franchi le cardia; en même temps, la virole métallique, située à 50 centimètres du bout œsophagien, arrive au niveau des dents.

Vous faites alors incliner la tête du patient en avant. Cette position permet un reflux plus facile du sang de l'extrémité cépha-

lique vers le cœur. Elle facilite l'écoulement, par l'orifice buccal, de la salive toujours plus abondante, au moins les premières fois; enfin, le malade respire plus aisément.

On verse alors dans l'entonnoir, qui se trouve à l'autre extrémité de la sonde, une certaine quantité d'eau, tiède ou froide, pure ou chargée de principes médicamenteux. Lorsque l'entonnoir, tenu jusque-là au niveau de la bouche, est rempli, on l'élève au-dessus de la tête du patient. Quand le liquide est sur le point de disparaître, on abaisse rapidement l'entonnoir, au-dessous du niveau de la ceinture du malade. On peut, à ce moment, faciliter l'opération en pinçant la sonde au-dessous de sa jonction avec l'entonnoir; on empêche ainsi le liquide de s'écouler trop vite dans l'estomac. Lorsque l'entonnoir est arrivé au-dessous de l'extrémité gastrique de la sonde, il ne reste plus qu'à laisser s'écouler l'eau.

Celle-ci se vide par un simple mouvement du siphon, en entraînant les parcelles alimentaires, les détritns, le muus, etc., qui pouvaient être contenus dans l'estomac. On renouvelle cette opération autant de fois qu'il est nécessaire pour que l'eau reste propre.

On tire alors la sonde, en engageant le malade à faire quelques mouvements de déglutition qui préviennent des régurgitations quelquefois pénibles.

Les accidents possibles sont : l'introduction de la sonde dans le larynx, l'enroulement du tube derrière la base de la langue, les vomissements le long des parois du tube, les hémorrhagies chez les malades atteints d'ulcère et surtout de cancer stomacal. D'ailleurs il y a des contre-indications au lavage de l'estomac par la sonde :

Lorsqu'il existe une maladie, générale ou locale, sur l'évolution de laquelle l'excitation que cause l'opération qui nous occupe pourrait avoir une influence défavorable, il sera préférable de ne pas passer outre. Cette lutte, cette résistance de la part du malade, qui s'oppose quelquefois tout à fait à la pénétration du tube dans les premières voies, constitue en réalité un effort. Il y aura donc lieu de s'abstenir dans un grand nombre d'affections du système cardio-vasculaire. Une hémorrhagie récente, quel que soit son siège, est une contre-indication formelle. Il y aura lieu d'observer la même réserve en présence d'un anévrisme de l'aorte, d'une maladie organique du cœur. L'angine de poitrine elle-même devra commander la prudence dans l'emploi du tube; il en sera de même de toutes les névroses cardiaques.

La tuberculose avancée, l'emphysème pulmonaire accompagné de bronchite chronique et généralisée, les cachexies profondes, quelle que soit leur origine, devront encore engager le médecin à multiplier les précautions. Le lavage de l'estomac a pu rendre de grands services, au cours de la grossesse; cet état nécessite égale-

ment de grands ménagements et une suppression préalable, au moyen de la cocaïne, de la susceptibilité pharyngée de la malade.

Dans un autre ordre d'idées, la contre-indication sera la conséquence d'une maladie de l'estomac, du tube digestif. L'ulcère rond accompagné de vomissements noirs et tous ses signes classiques, sont des affections qui engagent à s'abstenir d'employer la sonde. On devra encore être très prudent quand l'état général du malade pourra faire penser que les parois gastriques ont une friabilité spéciale (dégénérescence amyloïde).—*Concours médical.*

Action du salol dans la diarrhée infantile, par le Dr E. MENSI — Contre la diarrhée infantile, surtout quand elle est occasionnée par des ferments intestinaux de nature anormale, l'auteur conseille à la fois un traitement diététique (lait de vache stérilisé et dilué avec de l'eau stérilisée et sucrée) et un traitement pharmacologique (antisepsie intestinale). Les lavages de l'estomac et de l'intestin sont utiles, mais d'une application difficile. L'acide chlorhydrique est bon, ainsi que le salol; il n'en est pas de même de l'arsénite de cuivre. Quant au salol, M. Mensi conclut qu'il est d'une grande efficacité pour l'antisepsie intestinale chez les enfants de tout âge affectés de diarrhée soit aiguë soit chronique. Presque aussitôt qu'on l'emploie, le flux intestinal cesse; les coliques et le ténésme diminuent, les selles reprennent leurs caractères normaux; l'état général des malades s'améliore. Le salol est bien toléré à la dose de 0 gr. 25 à 0 gr. 30 jusqu'à 1 gramme suivant l'âge et la gravité du cas. Il n'irrite pas la muqueuse stomacale, et ne provoque pas de symptômes toxiques.—*Giornale di medicina di Torino.*

La spermine.—A l'Académie des sciences de Paris, M. Armand Gautier a communiqué, au nom d'un chimiste russe, M. A. POEHL, les résultats des recherches de ce savant sur le liquide testiculaire de MM. Brown-Séguard et d'Arsonval. Il résulte de ces recherches que la partie active de ce liquide n'est autre que la substance découverte en 1877 dans le sperme, la *spermine*, dont la formule chimique est $C^5 H^{14} AZ^2$. La spermine se trouve également dans la plupart des organes glandulaires des animaux des deux sexes, et particulièrement dans le pancréas qui en fournit une grande quantité.

Les injections sous-cutanées de chlorhydrate de spermine, faites avec les précautions voulues, n'offrent aucun danger; elles produisent des effets toniques et nervins. Cette base agirait sur l'économie en se comportant comme un véritable ferment, c'est-à-dire en déterminant, par sa présence, une accélération des oxydations tant minérales que physiologiques.

Toutefois, à ce dernier point de vue, M. Duclaux ne partage pas entièrement l'opinion de M. Pöchl. Pour lui, il se croit fondé à

dire, après expérience, que le chlorhydrate de spermine est dépourvu de tout pouvoir oxydant.—*Scalpel.*

Injectons sous-cutanées d'eau salée dans la gastro-entérite des petits enfants.—M. DEMÉVILLE publie dans la *Suisse médicale romande* l'observation d'un bébé de 4 mois et demi, atteint de gastro-entérite, chez lequel la guérison fut obtenue au moyen d'une injection sous la peau des deux cuisses d'environ 120 à 150 grammes d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à 6 0/0.

Le manuel opératoire est des plus simples : l'auteur s'est servi d'un irrigateur avec tube en caoutchouc d'un mètre et demi et d'une aiguille Dieulafoy, le tout désinfecté par un lavage soigné au sublimé à 1 p. 1000, suivi d'un lavage à l'eau bouillie. La quantité de liquide injectée est proportionnelle au volume des jambes et du poids total du sujet. Au besoin, on peut injecter aussi sous la peau du ventre. Avant l'introduction de l'aiguille, il convient de laver soigneusement et de désinfecter la peau. Lors du massage des parties imbibées du liquide, il arrive que le petit malade parfois *in extremis* pousse quelques cris. À part cela, l'opération n'offre rien d'effrayant pour les parents, qui l'acceptent d'ailleurs assez facilement, lorsqu'on fait ressortir à leurs yeux les chances probables de succès, dans une situation désespérée.

L'auteur est d'avis qu'il y a lieu de recourir à ce moyen dans la diphtérie, à seule fin de gagner du temps et de permettre à l'organisme de soutenir la lutte contre le principe infectieux.—*Concours médical.*

Formules et mode d'emploi des gargarismes.—M. le Dr BARATOUX vient de publier un *Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles*, livre très pratique dont nous extrayons les passages suivants :

Afin d'être efficace, le gargarisme doit baigner la paroi postérieure du pharynx et même la voûte pharyngienne. À cet effet, de Trocisch a recommandé de mettre un peu d'eau dans la bouche, de renverser la tête en arrière, en tenant le nez fermé entre les doigts, puis ouvrir la bouche et de faire des mouvements de déglutition, en évitant de laisser descendre le liquide. Lorsqu'on voit que le liquide pénètre plus profondément, il faut tenir la bouche entr'ouverte, avancer la mâchoire inférieure de manière à éloigner l'épiglotte du vestibule laryngien et émettre alors le son glou-gou. En évitant de faire une inspiration, le liquide qui tombe alors dans le larynx, baigne toutes les parties situées au-dessus des cordes vocales.

On fait usage de gargarismes antiseptiques, astringents, stimulants, sédatifs ou atténuants.

Gargarismes antiseptiques :

Acide phénique	1 gramme
Glycérine	30 grammes
Eau distillée	300 grammes

F. s. a. sol.

Acide salicylique	5 grammes
Glycérine.....	30 grammes
Eau distillée.....	300 grammes

F. s. a. sol.

Sublimé corrosif.....	0.05 centg.
Glycérine.	30 grammes
Eau distillée.....	300 grammes
Alcoolat de menthe	1 gramme
Fuchsine cristallisée.....	0.01 centg.

F. s. a. sol.

Gargarismes astringents :

Tannin	3 grammes
Glycérine	15 grammes
Eau distillée	300 grammes

F. s. a. sol.

Ratanhia.....	10 grammes
Glycérine.....	20 grammes
Eau distillée	300 grammes

F. s. a. sol.

Gargarismes stimulants :

Borate de soude.....	10 grammes
Glycérine	30 grammes
Eau de menthe	50 grammes
Eau distillée	250 grammes

F. s. a. sol.

Chlorate de potasse	5 grammes
Glycérine	30 grammes
Eau de menthe	50 grammes
Eau distillée.....	250 grammes

F. s. a. sol.

Gargarismes sédatifs :

Extrait d'opium.....	0.10 centg
Eau distillée	400 grammes
Glycérine	40 grammes

F. s. a. sol.

Bromure de potassium.....	4 grammes
Eau distillée.....	300 grammes
Glycérine	30 grammes

F. s. a. sol.

Gargarismes altérants :

Iode métallique	0.10 centg
Iodure de potassium	0.20 centg
Glycérine	30 grammes
Eau	800 grammes

F. s. a. sol.

Une à deux cuillerées à café dans un verre d'eau.

Il est impossible d'employer les gargarismes chez les enfants ; on les remplace alors par l'usage de pastilles au borate de soude, au salol, à la résine de gaïac, etc.... En outre, dans les maladies du larynx, ils ne peuvent guère être utilisés que dans les affections de l'épiglotte.

Inhalations et fumigations.—On les pratique avec divers appareils ou plus simplement au moyen d'un vase rempli d'eau chaude mis sur la flamme d'une lampe à alcool. La vapeur est dirigée vers la bouche au moyen d'un entonnoir dont on garnit l'extrémité d'un tube coudé.

On peut encore faire usage de l'inhalateur de Murch, appareil très simple que l'on peut faire soi-même et qui se compose d'une bouteille à large encolure fermée par un bouchon percé de deux trous donnant passage à deux tubes. L'un des tubes va jusqu'au fond du vase pour laisser entrer l'air ; l'autre, qui pénètre seulement au-dessus du liquide, est mis entre les lèvres et sert à la respiration.

On fait un mélange d'eau chaude et d'eau froide de manière à obtenir une température de 60° à 65°. On peut ajouter au liquide diverses substances volatiles :

Acide phénique liquide, dix gouttes dans un verre d'eau.

Acide phénique ou créosote pure de hêtre.	2 grammes
Glycérine	10 grammes
Eau distillée.....	90 grammes

F. s. a. sol.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau.

Ou :

Baume du Péron.....	3 grammes
Alcool à 90°.....	2 grammes
Eau distillée.....	100 grammes

F. s. a. sol.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau :

Ou :

Teinture de benjoin.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau.

On inhale la vapeur en faisant des inspirations profondes mais non exagérées. L'expiration se fait par les narines.

Les inhalations sont répétées plusieurs fois par jour ; chaque séance a une durée d'environ cinq minutes.

MEDECINE.

Hypertrophie cardiaque de croissance.—Clinique de M. le professeur COMBY, à l'hôpital Tenon.—Je vous entretiendrai aujourd'hui de deux malades qui, au premier abord, ne présentent qu'un intérêt médiocre, et vous serez peut-être étonnés de les voir servir de thème à une conférence clinique. Sans doute la présentation de cas rares, extraordinaires, est plus attrayante et frappe plus volontiers l'attention des auditeurs. Mais ne croyez pas que les cas ordinaires et communs, ceux que vous rencontrez journellement dans la pratique, soient indignes de nous occuper. Leur étude est souvent beaucoup plus fructueuse et plus suggestive qu'on ne s'y attendait, et c'est ainsi que l'exposé de deux cas insignifiants va vous apprendre à apprécier, à mesurer le rôle de la croissance en pathologie.

Le 20 février 1892 est entré, à l'hôpital Tenon (salle Trousseau n° 6), un jeune homme de 20 ans, exerçant la profession de boulanger. Son père et sa mère seraient morts de la poitrine; sur six frères ou sœurs, il ne lui reste qu'une sœur nerveuse et toussieuse. Il aurait eu le croup à trois ans. Pas d'autres maladies infectieuses, pas de rhumatisme. Il a eu une hydrocèle vaginale ponctionnée deux fois. Pendant son enfance, il a joui d'une bonne santé, il jouait et courait avec ses camarades, sans être arrêté par l'essoufflement. L'année dernière, il a été soigné, à l'hôpital de Saint-Etienne, pour des palpitations violentes; il est resté quatre mois à l'hôpital. Depuis trois mois, il est repris des mêmes accidents. Quoique boulanger, il nie tout excès alcoolique. Les palpitations reviennent par accès, surtout le soir, si le malade marche un peu vite ou se fatigue, ces palpitations redoublent et s'accompagnent de vives douleurs précordiales. Le malade tousse depuis trois semaines; il s'enrhume tous les hivers, et il vient d'avoir une hémoptysie; il est suspect de tuberculose.

A son entrée à l'hôpital, on constate qu'il est assez vigoureux, grand (1 m. 70), qu'il n'a pas de fièvre, que l'appétit est conservé. Sa face est couverte d'acné ponctuée et pustuleuse. Réflexe pharyngien aboli. Pas d'albuminurie. L'auscultation ne montre rien du côté des poumons. La région précordiale présente une légère voussure; les battements du cœur sont forts, mais sans fréquence exagérée, actuellement; le pouls ne donne que 70 par minute. La matité transversale du cœur paraît un peu augmentée et la pointe bat dans le cinquième espace. L'auscultation a fait entendre, le premier jour, un souffle léger, systolique, de la pointe; plus tard, ce souffle n'a pu être retrouvé. Traitement: iodure de potassium, un gramme. Le malade sort en bon état à la fin de mars.

Voilà donc un jeune homme qui, pour la seconde fois, est forcé d'entrer à l'hôpital, à cause de palpitations violentes et douloureuses.

Que signifient ces palpitations? Elles ne sont pas en rapport avec une lésion orificielle, car le souffle que nous avons entendu au début n'a pas tardé à disparaître. Elles ont coïncidé avec une poussée de croissance, car, depuis deux ans, le malade nous dit avoir beaucoup grandi et son métier de boulanger l'expose à du surmenage physique. Aurions-nous donc affaire à ce qu'on a décrit sous le nom d'hypertrophie cardiaque de croissance?

C'est une question que nous devons examiner sans parti pris. En faveur de l'augmentation de volume du cœur (hypertrophie ou dilatation), nous avons la voussure précordiale, l'abaissement de la pointe, la tachycardie. La voussure n'est pas considérable et rien ne prouve qu'elle ne soit pas dépendante d'une asymétrie constitutionnelle. La pointe bat dans le cinquième espace, ce qui se rencontre fréquemment à l'état physiologique. Quant à la tachycardie que le malade présente par accès, elle peut s'expliquer par les fatigues professionnelles, par le nervosisme.

Il n'est donc pas possible d'affirmer que nous soyons en présence d'une hypertrophie cardiaque véritable.

Un second malade, que j'ai vu mercredi dernier, nous offre une variété analogue de troubles fonctionnels du cœur en rapport avec la croissance. Il s'agit d'un écolier, âgé de 14 ans, autrefois très petit, et ayant subi depuis un an une forte poussée de croissance. Cet adolescent, dont les parents sont vivants et bien portants, présente un développement corporel moyen. Il se plaint depuis le commencement de l'hiver de palpitations et de dyspnée (forme à la fois dyspnéique et tachycardique). C'est un garçon très nerveux, très émotif, dont le réflexe pharyngien est complètement aboli. Il est intelligent, travailleur, toujours le premier dans sa classe; il prépare actuellement des examens pour entrer dans une école; il est cérébralement surmené. Je ne trouve rien du côté des poumons. La région précordiale est soulevée par des battements rapides et énergiques (130 pulsations à la minute); pas de souffle à l'auscultation. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, en dedans du mamelon. De plus, il existe un souffle dans les vaisseaux du cou. Je prescris le repos intellectuel, le sirop d'iodure de fer, et les douches froides. Il est évident qu'ici encore nous ne pouvons affirmer l'hypertrophie du cœur, quelque séduisant que soit ce diagnostic. La seule chose évidente, c'est la tachycardie chez un sujet nerveux, en voie d'accroissement, affaibli par le travail et la sédentarité scolaire, et anémique.

Toutes les observations d'adolescents et de jeunes gens que vous rencontrerez sont analogues aux précédentes.

Avant de conclure, nous allons examiner quelles sont les idées régnantes sur cette question, parmi les médecins contemporains.

M. le professeur G. Sée, dans une leçon publiée par la *Semaine médicale* (1885), accorde une grande importance à l'hypertrophie cardiaque résultant de la croissance. Ayant eu l'occasion d'examiner beaucoup de jeunes gens âgés de 17 à 20 ans, qui, pour pouvoir faire leur volontariat, venaient réclamer un certificat d'aptitude physique, il en trouva un grand nombre qui présentaient des troubles fonctionnels ou des lésions manifestes du cœur. Les uns accusaient des palpitations qu'on qualifiait de nerveuses, les autres des accès de dyspnée attribuée à l'emphysème, d'autres des céphalées plus ou moins violentes. Enfin, parmi ces jeunes gens, il y en avait qui, sans présenter les troubles précédents, offraient les signes physiques d'une hypertrophie du cœur.

M. G. Sée, frappé de ces résultats, n'a pas voulu borner son observation aux adolescents et aux jeunes gens; il a cherché dans la seconde enfance, et il a trouvé, de 8 à 16 ans, avec une grande fréquence, les mêmes accidents. Des enfants, garçons ou filles, atteints de dyspnée au moindre exercice et s'essouffant facilement à la course, de manière à ne pouvoir se livrer au travail physique, des enfants sujets à des maux de tête assez violents pour empêcher le travail intellectuel de l'éducation, ne manquaient pas d'avoir le cœur volumineux, hypertrophié ou dilaté, exactement comme les adolescents destinés à la conscription. Et, dans ces cas, ajoute M. G. Sée, il n'y avait ni chlorose, ni maladie congénitale du cœur droit, ni lésion orificielle du cœur gauche. C'était bien une lésion primitive et exclusive du myocarde. Il faut d'abord distinguer deux choses dans cette augmentation de volume du cœur: l'hypertrophie du muscle, la dilatation des cavités.

La dilatation du cœur, le cœur surmené, le *cœur forcé*, s'observe quelquefois chez des jeunes gens ou des hommes faits bien portants, mais soumis à des fatigues corporelles excessives; on l'a observé chez les ouvriers dont la profession exige un grand déploiement de forces, surtout quand, à la fatigue excessive, se joint une réparation alimentaire insuffisante; il existe chez les soldats soumis à des marches forcées, épuisés par la fatigue et les privations. Mais ces faits, parfaitement connus et facilement explicables, n'ont rien à voir avec l'hypertrophie de croissance.

M. G. Sée a suivi 80 malades, dont 30 enfants âgés de 8 à 16 ans, les autres âgés de 16 à 21 ans; tous étaient dans d'excellentes conditions d'hygiène; aucun n'avait été surmené, et si le cœur avait été fatigué, le corps ne l'était pas. Il s'agit là d'une hypertrophie vraie (hypernutrition, hypersarcose), sans dégénérescence de la fibre cardiaque comparable à ce qu'on rencontre dans l'artério-sclérose, le mal de Bright, les myocardites infectieuses, etc.

M. G. Sée n'hésite donc pas à admettre l'hypertrophie cardiaque de croissance, et il tente de l'expliquer par les lois de la physiologie. D'après Bencke (*Centralblatt für Med. Wiss.*, 1879), le cœur double de volume de la naissance à la deuxième année; il double

encore de 2 à 7 ans; de 7 à 15 ans, il reste presque stationnaire. De 15 à 20, il subit un accroissement rapide. A 15 ans, si le poids du cœur était représenté par 2, il devient 3 à 20 ans, et cette augmentation serait plus marquée dans le sexe masculin. D'après Bizet, la longueur du cœur augmente de 10 millimètres entre 5 et 10 ans, de 7 millimètres entre 10 et 15 ans; de 18 millimètres entre 18 et 20 ans.

M. G. Sés en conclut qu'il y a pour le cœur, entre 7 et 15 ans, un état stationnaire, tandis que le corps se développe, puisque l'adolescence détermine une vive croissance du cœur. Qu'il y ait alors une perturbation dans le développement du corps ou du cœur, qui est en imminence d'hypertrophie, l'augmentation du poids cardiaque pourra s'accélérer et l'hypertrophie véritable se dessiner. Tantôt le cœur devance le corps, tantôt c'est le corps qui prend un accroissement rapide et excessif (à la suite d'une fièvre grave, et le cœur est obligé de suivre. Supposez qu'on impose à un enfant de 10 ans, ouvrier ou collégien, un travail excessif; le cœur se dilatera plutôt qu'il ne s'hypertrophiera. Enfin, M. G. Sés ajoute à ces causes l'action des attitudes vicieuses, des déformations thoraciques qui agiraient principalement sur le cœur droit en gênant l'expansion du poumon.—(A continuer).

Diagnostic des formes frustes de la lithiase biliaire.—Le diagnostic des formes frustes de la lithiase biliaire est des plus difficiles. Il faut tenir compte d'abord des cas dans lesquels la colique hépatique franche est remplacée par des crampes d'estomac, des tiraillements, de légères douleurs, ou une simple tendance au sommeil. Ces phénomènes sont souvent pris pour de la dyspepsie simple ou pour un réflexe attaché à l'utérus. Il y a cependant là quelques caractères assez spéciaux qui permettent de reconnaître qu'il ne s'agit que d'une dyspepsie ordinaire; c'est, avant tout, la prédominance des phénomènes douloureux sur les troubles sécrétoires; ces malades n'ont ni vomissements ni pituites, ni même aucun renvoi, et c'est là un point très important.

Un autre caractère est l'indépendance des phénomènes douloureux par rapport à la qualité et à la quantité des aliments. Ces malades souffrent indifféremment après toute alimentation, qu'elle soit lourde ou légère. Enfin, la douleur survient, presque toujours, deux, trois heures après le repas. Ces trois caractères réunis ont une très grande importance.

A côté de ces formes très légères de la colique hépatique, il en est de graves où l'intensité de la douleur et sa persistance rendent le diagnostic tout aussi sûr. Le fait suivant en est un exemple: Une femme névropathe, à antécédents arthritiques, fut prise d'abord de troubles gastriques peu caractéristiques, puis, tout à coup, de crises douloureuses, horriblement pénibles, avec intolérance absolue des liquides. Ces crises se renouvelaient fréquemment et au

un résultat. Un jour, une douleur plus atroce que les autres se produisit, et la malade rendit un gros calcul après une hémorrhagie intestinale. La maladie avait ainsi évolué pendant deux ans, et, bien qu'on eût soupçonné la colique hépatique, les nombreux médecins qui avaient vu cette malade n'avaient pas osé affirmer ce diagnostic. Ce qui pouvait y faire penser, c'est que jamais elle était soulagée par les acides végétaux, le citron surtout, tandis que l'acide chlorhydrique augmentait les douleurs.

Il est des cas encore dans lesquels les irradiations périphériques des coliques sont très éloignées et peuvent être facilement trompeuses. Certaines coliques se traduisent par des céphalées. M. Rendu a soigné une malade de ce genre, migraineuse, qui distinguait très bien sa migraine vraie de la douleur de tête hépatique, laquelle durait plusieurs jours. Elle expulsa des calculs, précisément au moment où elle souffrait de cette céphalalgie particulière.

Il est des cas encore dans lesquels la colique n'éveille pas de phénomènes nerveux. En général, le caractère s'altère; mais, de plus, il est des malades qui deviennent mélancoliques et tristes, et cela, non pas en raison des douleurs, car elles sont alors réduites au minimum. Une malade, soignée par M. Rendu, présentait des troubles de ce genre assez prononcés pour qu'on se demandât s'il ne faudrait pas arriver à un internement. La colique hépatique fut cependant soupçonnée, en raison de troubles dyspeptiques de forme particulière, et, de fait, au bout de six semaines se produisit une colique des plus violentes qui dura dix sept jours, et à la fin de laquelle 43 calculs furent expulsés. La guérison s'ensuivit complète, et l'intelligence redevint ce qu'elle était auparavant. Ici il s'agissait d'une femme particulièrement intelligente et chez laquelle cette sorte de lypémanie était exclusivement sous la dépendance de la lésion hépatique. On peut donc admettre qu'il y avait du vrai dans l'interprétation que les anciens donnaient au mot hypochondrie.

Enfin, on peut citer, parmi les cas si nombreux de lithiase biliaire, ceux dans lesquels les malades présentent presque exclusivement les attributs de la chlorose. Cet état peut durer longtemps et se se juger que par une colique hépatique franche ou par le traitement alcalin, qui, fort souvent, a pour résultat de provoquer, dès le début, une crise douloureuse plus ou moins violente.—*Cours médical.*

Fièvre hystérique.—Il s'agit d'une jeune fille qui, à 17 ans, éprouve du malaise, puis des convulsions hystériques revenant pendant un mois environ, après lequel survint de la fièvre oscillant de 30° à 41°, 2 avec délire, quand la température dépassait 40°; éruption morbillieuse fugace, vomissements continuels pendant toute la période fébrile (un mois et demi); insuccès absolu des antipyrétiques, guérison subite par un voyage à la campagne.

A 20 ans (août 1888), diarrhée, fièvre, anurie absolue durant 75 heures, cette attaque dura quelques jours, et fut suivie d'une récidive, en octobre de la même année: cette fois la fièvre s'accompagne de douleurs articulaires pseudo-rhumatismales. Tout le temps, le pouls fut proportionnel à la température, mais la respiration resta toujours lente et superficielle.

De la toux spasmodique post-grippale, par M. OUBO, in *Marseille médical*.—Les conditions pathogéniques qui résident au développement de la toux spasmodique après la grippe sont de deux ordres: les uns dépendent de la maladie primitive, les autres incombent à l'état *protopathique* ou *dentéropathique* du sujet.

La toux quinteuse persistante n'apparaît guère après les formes sévères, après les déterminations thoraciques graves ayant menacé la vie. C'est le plus souvent à la suite des formes moyennes, parfois même après une atteinte légère que le convalescent se met à tousser avec persistance.

Quant aux conditions individuelles, elles peuvent être nulles; néanmoins les femmes paraissent plus souvent atteintes que les hommes. Si tous les âges cependant peuvent figurer, les vieillards sont le plus souvent exceptés; par contre les enfants forment un assez puissant contingent. Les femmes et les enfants étant, quoique à un moindre degré, les sujets de prédilection, le rôle considérable que joue l'impressionnabilité du système est dès lors à prévoir. C'est qu'en effet la névropathie antérieure est la condition la plus favorable à l'établissement de la toux spasmodique qu'il ne faut pas confondre avec la toux hystérique, quoique à la rigueur rien ne prouve que cette dernière ne peut pas apparaître à l'occasion de la grippe.

En somme, les névropathes constituent une catégorie très importante pour les sujets qui peuvent présenter la toux post-grippale. La grippe est venue chez eux exalter à un très haut degré la susceptibilité nerveuse: la toux spasmodique est le phénomène le plus aisément réalisable par la névropathie accidentelle additionnée à la névropathie constitutionnelle.

La ressemblance de la toux spasmodique post-grippale et de la coqueluche est telle que le diagnostic de ces deux affections est souvent malaisé.

L'existence de lésions peu avancées de la tuberculose pulmonaire est, on le conçoit, une condition très favorable à la production et à la persistance de la toux spasmodique.

Une catégorie assez fréquente de toussieurs est formée par les individus porteurs d'une vieille angine granuleuse plus ou moins atténuée au moment de l'invasion grippale, ravivée par les premières manifestations de la grippe, et plus tard par la toux cause et effet de la poussée nouvelle de la pharyngite. C'est encore dans cette catégorie qu'il faut ranger la foule des fumeurs.

à grailonnement matinal, porteurs eux aussi d'une pharyngite peu gênante, des buveurs, des orateurs de profession ou sans profession, des crieurs de rues, des chanteurs...

En résumé, il faut savoir, dit M. Oddo qu'il y a deux choses dans la toux post-grippale: la grippe qui établit la réflectivité excessive et une cause locale qui détermine le réflexe. De ces deux éléments le premier seul est constant, le second peut bien manquer quelquefois, mais il est très souvent méconnu. L'épine locale créée par la grippe ou étrangère à cette affection est de telle nature que le spasme qu'elle détermine vient encore l'exagérer. Si cette épine manque, on peut accuser l'hyporexcitabilité excessive des filets sensitifs des voies aériennes supérieures qui est telle que la plus petite excitation suffit à provoquer le réflexe.

La durée de la toux post-grippale varie de quelques jours à plusieurs mois. La thérapeutique est souvent bien impuissante, les anti-spasmodiques n'ont le plus souvent aucune action sur elle: la morphine, la codéine, la belladone, même la cicutine ou l'acide cyanhydrique échouent radicalement 9 fois sur 10. Une place plus honorable doit être accordée aux nervins, surtout lorsqu'ils sont employés chez les névropathes: le bromure, la valériane, la quinine et, avant tout, l'antipyrine donnent des succès souvent relatifs, parfois complets. Mais le changement d'air est, en dernier ressort, le moyen le plus héroïque.

Etiologie du tabes dorsal, par le Dr F. RAYMOND.—Le tabes dorsalis est une maladie de l'âge mûr, qui débute rarement chez des enfants et chez des vieillards, qui est sensiblement plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

La prédisposition neuropathique congénitale intervient certainement dans son développement, mais il est tout à fait exceptionnel que le tabes dorsalis soit le produit de l'hérédité directe.

On connaît un certain nombre de faits où l'exposition au froid et à l'humidité, les marches forcées, des excès vénériens (coit debout), un traumatisme grave ont été, en apparence du moins, la cause occasionnelle du développement de la maladie.

Mais le nombre de ces cas est peu de chose par rapport à ceux où le tabes dorsalis s'est développé chez des syphilitiques, le plus souvent en dehors de toute cause occasionnelle apparente. Il est démontré aujourd'hui que la grande majorité des malades atteints du tabes dorsalis ont eu, antérieurement, la syphilis.

Il n'est pas prouvé, mais il est extrêmement vraisemblable que la syphilis a une part directe ou indirecte au développement du tabes dorsalis, quand cette maladie se montre chez un syphilitique.

Il est certain que l'intervention de la syphilis n'est pas nécessaire pour que le tabes dorsalis vienne à se développer; la preuve en est dans les cas rares de syphilis contractée par des sujets qui présentaient déjà des symptômes du tabes avant

l'infection syphilitique; et encore faut-il tenir compte de la possibilité d'une réinfection syphilitique.—*Progrès médical.*

De la trachéotomie hâtive dans le croup, par M. CASTELAIN.—L'auteur a eu dans ces derniers temps à pratiquer en l'espace de quelques mois, douze trachéotomies chez des enfants atteints de croup avec dix succès définitifs. Ce résultat de 83 0/0 est fait pour surprendre si l'on songe surtout que Sanné, à l'hôpital Ste-Eugénie, de 1864 à 1875, a eu, sur 2.312 trachéotomies faites sur des croupeux, 509 guérisons soit un succès sur 4.54 opérés; qu'à l'hôpital des Enfants malades, de 1851 à 1875, 2.351 trachéotomies entreprises dans les mêmes circonstances ont été suivies 614 fois de succès, c'est à dire 1 fois sur 3.82; qu'Archambault indique dans ses relevés portant de 1866 à 1879 un cas heureux sur 4.6 et que de St Germain sur 329 trachéotomies a sauvé 83 enfants. Tous ces résultats concordent à peu près, aussi a-t-on droit en entreprenant une trachéotomie de faire espérer à la famille 1 succès sur 5 ou 4 ou si l'on veut 20 ou 25 0/0. M. Castelain a donc été particulièrement favorisé puisque sur 12 opérés 10 ont survécu, ce qui, en élargissant les chiffres ferait environ 83 0/0. A quoi peut bien être attribué un résultat aussi encourageant? A la façon hâtive dont la trachéotomie a été faite, répond l'auteur.

L'opération a été pratiquée dans le cours de la seconde période du croup sans attendre comme le font la plupart des médecins, l'extinction de la voix et de la toux, les accès de suffocation, le tirage permanent et enfin la disparition du murmure vésiculaire.

On a beau dire et répéter à l'envie que la trachéotomie n'a aucune influence sur la marche générale de la diphtérie, que c'est à la thérapeutique et à la nature de guérir la maladie et que l'ouverture du conduit aérien ne provoque que la disparition des accidents asphyxiques, il est présumable que tant que l'air pénètre difficilement dans les voies respiratoires, l'hématose est forcément incomplète et les tissus, irrigués par un sang désoxygéné sont naturellement moins capables de résister à l'extension du mal. Si dans ces conditions la trachée est ouverte, l'oxygénation se rétablit et les tissus, désormais baignés par un sang plus vivifiant, se trouvent dans des conditions meilleures pour lutter contre l'invasion microbienne. Ce n'est là, il vrai, qu'une hypothèse, dit l'auteur, mais peut-être mériterait-elle d'être examinée, en observant sur un grand nombre de cas la marche différente de la maladie suivant le moment où la trachéotomie a été pratiquée.—*Bulletin médical du Nord.*

—Nous ne bâtissons que pour donner à ceux qui nous suivront l'occasion de démolir ce que nous avons bâti.—Gabriel CHARMES.

CHIRURGIE.

Diagnostic et traitement de quelques adénopathies du cou.
 — L'existence de ganglions augmentés de volume dans la région du cou est un fait de clinique courante qui appelle un certain nombre de réflexions au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.

La constatation d'un ou plusieurs ganglions hypertrophiés, suivant la région du cou où existe l'adénopathie et suivant les caractères qu'elle revêt, nous fait naturellement penser à des maladies diverses, et quand nous avons établi quel est l'état morbide en cause, nous avons à résoudre un problème souvent assez délicat, parce qu'il est d'une haute importance sociale pour beaucoup de malades, toutes les femmes et tous les jeunes gens au moins, que le cou ne soit rendu ni difforme, ni disgracieux. Éviter les cicatrices de cette région ou, quand on ne le peut, tâcher du moins de les rendre aussi petites et aussi peu apparentes que possible est un devoir strict pour le médecin.

I.—Il y a lieu de distinguer d'abord les *adénites aiguës* des adénopathies chroniques.

Parmi les premières il y a celles qui surviennent *au cours ou à la fin de maladies aiguës* dont elles sont une complication : ainsi les adénites de la diphthérie, de la scarlatine, des états typhiques ou pyémiques.

Pour celles-là le diagnostic est aisé, il est imposé par l'existence connue de la maladie primitive. On sait aujourd'hui avec certitude que ces adénites sont l'expression d'infections secondaires par des microbes pyogènes. Ce ne sont ni le bacille de Lœffler qui donne le bubon diphthérique, ni l'agent infectieux encore inconnu de la scarlatine qui engendre directement le bubon scarlatineux ; ces adénites n'indiquent le caractère de malignité de la maladie primaire que parce qu'elles attestent le défaut de résistance de l'organisme à la pénétration des staphylocoques et streptocoques.

C'est par l'intermédiaire de l'angine, de la stomatite, ou de la laryngite que la diphthérie, la scarlatine, la dothiéntérie, la variole font suppurer les ganglions du cou. C'est dans la recherche de l'antisepsie bucco-pharyngienne que doit résider la prophylaxie de ces adénites ; les gargarismes, irrigations et pulvérisations avec des solutions d'acide borique, d'acide phénique, de résorcine, de thymol, de sublimé prendront toujours place dans le traitement de ces maladies.

Dès que la tuméfaction des ganglions commencera, on redou-

bleva d'antisepsie, parce que la suppuration n'est pas toujours fatale. Il ne suffit pas que quelques microbes aient pénétré dans les ganglions pour les faire suppurer, il en faut beaucoup, la question du nombre est un élément capital dans l'action des agents infectieux. Quelques microbes qui ont fait invasion dans un ganglion en provoquent l'irritation réactionnelle et défensive; les cellules lymphatiques peuvent suffire à détruire ces envahisseurs, si des renforts venus de la cavité bucco-pharyngienne ne remplacent pas au fur et à mesure ceux qui sont détruits. Il ne faut donc pas se borner à l'expectation; que les antiseptiques tarissent à sa source même l'invasion microbienne.

Si cependant on n'a pu empêcher la suppuration, dès que la fluctuation est perceptible, il faut intervenir en allant ponctionner le ganglion suppuré ou drainer le foyer d'adéno-phlegmon qui s'est formé autour de lui. On évitera ainsi les décollements étendus, les fusées purulentes à distance le long des plans aponévrotiques ou des faisceaux vasculo-nerveux. L'ouverture faite à la peau sera autant que possible pratiquée dans la partie la plus déclive, aussi nette et aussi petite que faire se pourra.

L'adénite aigue peut se présenter *comme premier symptôme morbide*.

Le ganglion tuméfié et douloureux siège-t-il sous le maxillaire inférieur, ou en arrière de l'angle de la mâchoire, ou le long du sterno-mastoïdien, ou à la nuque?

Suivant les cas il faut faire l'examen du plancher de la bouche, des gencives et des dents, de la face interne des joues, des amygdales et du pharynx, ou du larynx, ou des téguments du cuir chevelu.

Ces diverses adénites aiguës sont fréquentes dans l'enfance. Une ulcération sublinguale dans la coqueluche, infectée secondairement, — une stomatite ulcéreuse, — une périostite alvéolo-dentaire, — une amygdalite ou une laryngite, — l'impétigo du cuir chevelu avec ou sans phthiriasse sont les causes les plus habituelles de ces adénites.

Insistons sur le diagnostic différentiel entre l'adénopathie sous-montonnaire et les oreillons sous-maxillaires, entre l'adénopathie rétro-maxillaire et l'oreillon parotidien.

Un cas qui n'est pas rare est celui où l'adénopathie coexiste avec du trismus, cas assez fréquent au moment de la dentition ou à l'occasion de certaines inflammations tonsillaires chez des enfants du premier âge. Quand les antispasmodiques, administrés en lavements ou en inhalations, auront amené la détente de l'hypertonie réflexe des masséters, on pourra avoir la preuve du point de départ amygdalien de l'adénite; en attendant ce moment, on se trouvera bien d'appliquer autour du cou des compresses imbibées d'eau froide et recouvertes de flanelle et de taffetas gommé; ce procédé hydriatique est souvent suivi du plus heureux effet.

Au lieu de trismus, l'amygdalite peut provoquer le torticolis-

J'ai vu un enfant qui, trois fois au cours de sa première dentition, a été pris des mêmes accidents : insomnie, refus d'alimentation, torticolis, adénite cervicale ; trois fois c'était une amygdalite tonsillaire aiguë qui actionnait ce syndrome.

Je mentionnerai seulement pour mémoire l'adénite rétro maxillaire ou sous maxillaire qui accompagne si souvent le début de l'érysipèle de la face, c'est-à-dire l'angine érysipélateuse.

Entre les adénites aiguës, et les adénopathies franchement chroniques se placent certaines adénites qu'on peut appeler *subaiguës* ou du moins d'une durée de quelques semaines seulement, comme l'adénite cervicale qui accompagne le chancre syphilitique de l'amygdale sur laquelle j'ai insisté en 1883 dans un mémoire sur le chancre amygdalien et l'adénite sous-maxillaire lié au chancre de la lèvre. Un ganglion dur, gros, isolé, indolent, avec quelques autres plus petits dans le voisinage, constitue la pléiade révélatrice qui ne dure guère moins de six à douze semaines.

II.—Puis nous avons à nous occuper des adénopathies de durée plus longue encore, comme celle des cancers de la lèvre, de la langue, de l'amygdale, du larynx, avec le caractère de dureté extrême, et d'indolence des ganglions, les hypertrophies ganglionnaires syphilitiques de la période secundo-tertiaire qui consistent en ganglions moins durs, isolés, roulant sous le doigt, surtout rétro-mastoïdiens et sous-occipitaux.

Enfin nous nous inquiéterons des *adénopathies franchement chroniques* de la scrofulo-tuberculose, susceptibles de poussées aiguës ou subaiguës, à tendance caséuse ou suppurative plus ou moins accentuée, qu'il faut distinguer des masses de lymphadénome dont le pronostic est différent et dont la thérapeutique est du ressort chirurgical, lorsque l'arsenic à haute dose ne l'a pas modifié.

Les adénopathies scrofuleuses ont une marche très variable suivant les sujets et rien n'est plus difficile que de prédire leur évolution quand on est consulté pour la première fois par un sujet qui en est atteint.

Quand il s'agit d'un ou deux ganglions uniques bien limités, mobiles, sans empâtement du tissu ambiant, on peut le voir persister bien des années sans changement aucun.

Si la consistance reste ferme, qu'il n'y ait aucun accroissement, et que le ganglion soit à peine apparent à l'extérieur, mieux vaut n'y pas toucher et se contenter du traitement interne, modificateur de l'infection tuberculeuse ou du terrain purement lymphatique.

S'il y a tendance à l'accroissement et surtout au ramollissement par caséification, on est autorisé à pratiquer suivant les cas soit l'extirpation, soit les injections interstitielles de naphthol camphré.

S'il y a véritable fluctuation, et que le ganglion soit transformé en un kyste purulent, la ponction aspiratrice, suivie d'une injection d'éther iodoformé, peut être faite, ou bien il faut faire le curage de la poche caséo-purulente.

Quand on est en présence de ces grosses masses ganglionnaires qui forment un chapelet difforme le long du cou depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, ou s'étendant transversalement sous le maxillaire d'un côté à l'autre du cou, on peut essayer de provoquer la sclérose du tissu cellulaire en pratiquant en divers points de cette masse, autour des ganglions les plus accessibles, l'injection de quelques gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10^e (méthode sclérogène de Lannelongue).

Il est toujours temps de se résoudre à l'énucléation de toute cette masse, intervention de grande chirurgie.

Ces extirpations ont souvent d'ailleurs un côté décourageant : à peine un groupe de ganglions est-il extirpé qu'un autre s'hypertrophie et suppure à son tour. J'ai vu des sujets opérés plusieurs fois ainsi en peu d'années.

Quant aux traitements médicaux à opposer, à toutes les variétés d'adénopathies scrofuleuses du cou, ils sont efficaces dans beaucoup de cas, à la condition d'être poursuivis *avec ténacité et à doses suffisantes*.

Il en est un, le plus ancien, c'est *l'huile de foie de morue*, et je puis affirmer par expérience que ce vieux remède est vraiment efficace, mais à la condition d'être employé à *hautes, très hautes doses*, comme M. Grancher le professe.

Ce n'est pas deux ou trois cuillerées à soupe par jour qu'il faut faire prendre, c'est au moins six et souvent beaucoup plus. J'ai vu une jeune fille de 15 ans prendre dans le service de la Clinique des Enfants 14 cuillerées à soupe par jour d'huile de foie de morue; elle avait d'énormes masses ganglionnaires qui ont littéralement fondu en trois ou quatre mois. Mais il va sans dire que ce *traitement réclame un estomac et un intestin excellents*, car il ne faut pas encore que l'huile ingérée entrave l'alimentation normale. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat analogue par l'usage du morhuol, mais je n'ai pas de fait probant à citer.

Aussi, dans la plupart des cas, j'accorde ma confiance à l'une des deux médications internes suivantes : *l'iodoforme* et la *teinture d'iode*.

M. Verneuil a insisté avec raison sur l'efficacité incontestable de l'iodoforme dans certaines tuberculoses locales. J'y souscris sans réserve pour les adénopathies aplegmasiques : suivant l'âge des sujets on donnera cinq, dix, quinze, vingt centigrammes d'iodoforme pro die, en pilules de cinq centigrammes, que j'enrobe volontiers dans le tannin et la poudre de café porphyrisé pour les déodoriser. Au bout de quelques semaines, s'il y a de l'embaras gastrique, on suspend pendant une semaine; on donne un ou deux purgatifs, pendant quelques jours, et on assure l'antisepsie intestinale avec les naphthols; puis on recommence *pendant des mois*. J'ai vu des exemples saisissants de ganglions en voie de calcification qui rétrocédaient, se sclérosaient. On avait déjà préparé le bistouri pour intervenir quand on assistait à la rétrocession graduelle.

Puis la teinture d'iode, donnée à la dose de dix à quarante gouttes pro die dans du vin d'Espagne ou simplement de l'eau sucrée, produit aussi de bons effets, mais surtout chez les sujets à scrofule franchement torpide; car l'iode, sous cette forme, provoque plus facilement des poussées réactionnelles subaiguës ou même aiguës dans les ganglions et leur atmosphère cellulaire. Dès que cette réaction devient trop vive, il faut diminuer ou cesser l'iode; sinon la suppuration suit.

Pour alterner avec les médicaments précédents, le sirop d'iodure de fer et les préparations iodotanniques jouent un rôle utile dans le traitement de certains sujets lymphatiques et anémiques, soit avec catarrhe bronchique sans induration pulmonaire ni bacilles dans les crachats; dans les cas de bacillose pulmonaire, la créosote devient indispensable.

De temps en temps, une petite cure arsenicale interviendra utilement lorsqu'il n'y a pas de poussée subaiguë.

Il n'y a pas lieu de dédaigner certains topiques, comme les applications fréquentes de compresses de tarlatan imbibées d'eau salée à 3 pour 100, les pommades contenant de l'ichthyol, voire les applications répétées de petits vésicatoires volants suivies d'onctions avec l'onguent mercuriel ou l'emplâtre de Vigo.

Il ne faut pas oublier que l'alimentation du malade doit être l'objet de soins attentifs; que la viande, les œufs, les poissons gras, les sardines à l'huile, les graisses, les purées de farineux, le laitage feront la base de l'alimentation.

On utilisera encore les bains salés iodés et bromés.—Dr LE GENDRE, in *Concours médical*.

Chirurgie de la langue, par M. P. DANDRIDGE, in *Journ. of the Americ. Med. Assoc.*—L'auteur, dans son travail, arrive aux conclusions suivantes :

1^o L'expérience, suffisamment étendue aujourd'hui, montre que l'ablation du néoplasme dans le cancer de la langue prolonge la vie, apporte un peu de confort au malade, et même donne une espérance plausible de guérison définitive ;

2^o Toutes les opérations doivent être précédées de tentatives rigoureuses pour produire une désinfection absolue de la bouche et des dents ;

3^o Dans le traitement des ulcères et des plaies douteuses de la langue, on évitera tous les caustiques et l'on éloignera toutes causes d'irritation ;

4^o Tous les ulcères persistants de la langue seront largement excisés par le couteau ou les ciseaux, s'ils résistent à un traitement approprié ;

5^o Quand l'affection est limitée à la langue, on emploiera l'opération de Whitehead pour l'ablation ;

6^o Dans cette opération, l'avantage de la ligature préalable de

l'artère inguinale n'est pas encore bien établi; d'une façon générale, l'opinion des auteurs est contre sa nécessité;

7° L'avantage de laisser la moitié de la langue, dans les maladies unilatérales, doit être considéré comme encore mal établi; mais l'opinion générale tend à cette pratique. En divisant la langue en deux moitiés latérales, la méthode de Baker de suivre le raphé, doit toujours être employée.

8° Dans les cas ordinaires, une trachéotomie préliminaire ne fait qu'ajouter un danger inutile à l'opération en général;

9° Quand le plancher de la bouche a été envahi ou que les ganglions sont atteints, on suivra la méthode de Kocher, sauf la pulvérisation et la trachéotomie préventive qu'on laissera de côté;

10° L'ablation des ganglions, par excision séparée, pratiquée après l'ablation de la langue, doit être considérée comme une opération insuffisante;

11° La méthode de Volkmann reste encore à l'état d'une expérience personnelle; sa valeur réelle ne peut être déterminée qu'après avoir été soumise à la pratique d'un grand nombre de chirurgiens;

12° L'ablation complète et soigneuse doit être le but de l'opération, que l'affection soit limitée ou étendue;

13° Quelle que soit la méthode qui ait servi à l'ablation de la langue, le malade devra se lever et quitter son lit le plus tôt possible; une nourriture substantielle est de rigueur.

Traitement de l'ongle incarné.—M. PURCKHAUER (de Bamberg) se sert, avec le plus grand succès, dans le traitement de l'ongle incarné, d'un procédé qui offre surtout, sur l'opération radicale telle qu'elle est pratiquée habituellement, le grand avantage de ne pas priver le malade, même pour un seul instant, de sa liberté d'action et de son aptitude au travail.

Il commence par badigeonner la partie de l'ongle qui doit être enlevée, avec une solution de potasse caustique à 40 o/0. Au bout de quelques secondes, la couche supérieure de l'ongle se ramollit et se laisse enlever "comme du beurre" par le raclage avec un fragment de verre à rebord tranchant, mais seulement avec le verre. On continue les badigeonnages à la potasse et le raclage, jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cette partie de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier qu'on saisit avec une pince pour la soulever par le bord, au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent et l'exciser au moyen des ciseaux fins.

Ceci fait, le malade est guéri, sans avoir perdu une goutte de sang, ni ressenti la moindre douleur, et il peut immédiatement vaquer à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Et si plus tard, lorsque l'ongle aura repoussé, la douleur réapparaissait, il suffit, pour la supprimer, d'amincir de

nouveau, et par le même procédé, la partie correspondante de l'ongle, sans l'exciser.

Du traitement abortif des bubons d'après la méthode de Welander.—M. le docteur WELANDER, médecin de l'hôpital Saint-Göron à Stockholm, a fait connaître un traitement abortif des bubons grâce auquel il a obtenu 91 o/o de guérisons dans les cas où ce traitement a pu être institué avant qu'une suppuration franche de la tumeur n'ait eu le temps de se produire.

La méthode du médecin suédois consiste à injecter dans l'épaisseur du bubon une seringue de Pravaz entière d'une solution de benzoate de mercure à 1 o/o et d'appliquer ensuite un bandage compressif. Une seule injection a suffi dans la majorité des cas traités par M. Welander pour faire avorter le bubon ; mais parfois il a dû, pour obtenir ce résultat, pratiquer une deuxième injection.

Un confrère russe, M. le docteur L. Létnik, médecin de la section vénérienne de l'hôpital urbain d'Ode-sa, vient d'essayer le traitement de Welander chez 140 malades atteints de bubons. Les résultats qu'ils en ont obtenus sont tout aussi favorables que ceux de l'auteur de la méthode. En effet, dans 122 cas, c'est-à-dire chez plus de 87 o/o de ses malades, M. Létnik a obtenu la résolution complète du bubon. Chez les 18 autres malades il fut obligé d'inciser la tumeur, mais c'étaient tous des cas dans lesquels la suppuration s'était déjà franchement établie lorsque le traitement par la méthode de Welander avait été institué.

Le manuel opératoire de notre confrère était le suivant : Après avoir soigneusement désinfecté la région inguinale, M. Létnik injectait dans le ganglion tuméfié une seringue de Pravaz entière de la solution à 1 o/o de benzoate de mercure, soit 0 gr. 01 centigr. de ce sel. Après l'injection, il appliquait sur le bubon un bandage compressif (composé d'ouate et d'une bande de toile) qu'on renouvelait une à deux fois dans les vingt-quatre heures. Le malade devait observer le repos le plus complet pendant toute la durée du traitement. Immédiatement après l'injection, il se produisait au niveau de la piqûre et à son pourtour une douleur cuisante qui s'éteignait peu à peu en l'espace de huit à douze heures. Le soir et le lendemain du jour de l'injection les malades ressentaient habituellement un peu de céphalalgie et accusaient une élévation de température de 10 et plus. Localement on constatait une réaction inflammatoire se manifestant par un excès de chaleur et de la rougeur ; puis ces phénomènes s'amendaient, et le bubon diminuait progressivement de volume pour disparaître dans la majorité des cas au bout de sept à dix jours. Chez 12 malades seulement, la résolution complète de la tumeur ne se produisit qu'au bout de vingt jours. La durée moyenne de la cure a été d'un peu moins de 10. C'est, comme on le voit, un résultat qui peut être qualifié de brillant. Il fut obtenu chez la grande

majorité des malades à la suite d'une seule injection, et ce n'est que dans quelques cas rares que M. Létnik se vit obligé de pratiquer une seconde injection à huit jours d'intervalle de la première.

Au cours de ses observations, notre confrère a pu se convaincre qu'il n'est pas du tout nécessaire de se servir de benzoate de mercure pour les injections dans les bubons, mais qu'on peut obtenir les mêmes résultats en injectant n'importe quel sel mercurique soluble, le bicianure, le biiodure ou le bichlorure, toujours à la dose de 0 gr. 01 centigr.

M. Létnik croit que la méthode de Welander mériterait d'être essayée aussi à titre de traitement abortif dans les phlegmons aigus, les arthrites suppurées et les abcès consécutifs aux maladies infectieuses, lorsque le foyer morbide est accessible à l'injection et à la compression par un bandage et lorsque la suppuration est encore à son début.—*Semaine médicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'inertie apparente pendant la période d'expulsion; moyens d'y remédier, par le docteur G. Remy, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. (1)

La position que prend la parturiente n'est donc pas indifférente au point de vue de l'efficacité des contractions volontaires. Il résulte, en effet, de ce que nous venons de dire, que dans toute inertie apparente il y aura grande utilité à faire changer la position de la parturiente, pour lui permettre d'apporter toute son énergie dans les efforts qui jouent un si grand rôle dans la période de dilatation périnéo-vulvaire—et aussi pour faciliter le dégagement de la tête fœtale par le fait de la nouvelle inclinaison donnée au bassin.

N'ayant jamais fait prendre aux femmes en travail la posture que j'ai indiquée comme leur étant habituelle quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, je n'en parlerai pas. Mais la pratique m'a démontré que la position dite obstétricale rendait de réels services dans les cas qui nous occupent. D'ailleurs, cette position est absolument la même que celle à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, et donne les mêmes résultats au point de vue de l'inclinaison du bassin. En effet, la femme est couchée en travers du lit, les épaules et le dos légèrement relevés par des oreillers, le siège appliqué sur le bord du lit, les membres inférieurs soutenus par des aides, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes

(1) Suite et fin.— Voir la livraison d'août.

fléchies sur les cuisses, les pieds tenus solidement par la main des aides pour leur prêter un point d'appui. Or, si l'on examine ce qui se passe au moment où les aides relèvent les membres inférieurs, on voit que la vulve se porte en haut et en avant, ce qui démontre bien que le bassin se met en antéversion, le pubis se rapproche de l'appendice xyphoïde, et, comme la tête fœtale reste au niveau où elle était parvenue, le pubis en s'élevant, remonte par rapport à la tête, à un niveau plus élevé, ce qui donne, comme conséquence, un abaissement relatif de la tête par rapport à l'arc antérieur du bassin : l'occiput vient alors se mettre en rapport avec l'arc souspubien, peut s'y loger, et la tête, appuyant efficacement sur la face interne du périnée, stimule énergiquement l'intervention des contractions volontaires.

Les conditions de l'accouchement se trouvent ainsi bien améliorées : la tête commence son mouvement de dégagement en même temps qu'elle réveille les envies de pousser, la femme se sent à l'aise pour utiliser toutes les forces dont elle est capable, l'antéversion du bassin met l'ouverture du détroit supérieur plus directement en regard de la face inférieure du diaphragme et rend plus normale la direction de la pression abdominale.

On peut observer les résultats fournis par cette situation donnée à la parturiente quand, pour raison de longueur du travail, on se décide à appliquer le forceps ; au milieu des préparatifs, la patiente, étant ainsi placée en travers, fait parfois tellement progresser la tête que l'opération jugée nécessaire quelques instants avant, devient inutile. C'est dans de telles circonstances que j'ai vu ce que pouvait donner cette manière de faire, et j'ai pensé qu'il y aurait utilité à l'appliquer dans tous les cas de retard dans l'expulsion de la tête. De toutes façons, cette manœuvre est inoffensive, elle peut donc toujours être essayée, elle aura souvent l'avantage d'épargner aux femmes en travail une intervention opératoire qui, même bien conduite, comporte toujours certains dangers. Il sera toujours vrai de dire : mieux vaut prévenir que guérir.

Si l'on ne dispose pas d'aides, on peut placer les jambes sur des sièges suffisamment élevés pour fournir la flexion des cuisses sur le bassin et déterminer ainsi l'antéversion.

Les faits que j'ai observés me paraissent démontrer d'une façon bien nette l'utilité de cette situation obstétricale donnée aux parturientes : En quelques contractions on voit se terminer spontanément des accouchements qui, depuis plusieurs heures, restaient stationnaires et pour lesquels l'intervention du médecin était réclamée. Comme je l'ai dit en commençant, si la situation ne commande pas une intervention immédiate, il sera toujours indiqué de donner à la femme cette position, si elle reste sans effet sur la marche du travail, il est alors indiqué de recourir à l'emploi du forceps.

Combien de fois est-il arrivé aux médecins de voir pendant les applications de forceps les femmes pousser vigoureusement au moment de l'introduction des branches. Ce réveil des contractions n'est-il pas dû autant à l'effet de la position obstétricale donnée à la femme qu'à l'action dynamique du forceps que Kilian a voulu renforcer par un courant galvanique ?

Je voudrais encore dire un mot de l'effet de la position debout sur la marche du travail. Quand celui-ci est paresseux, quand la contraction semble s'endormir on a l'habitude de faire marcher la parturiente pour stimuler la contraction. J'ai remarqué de bons effets de la station debout dans des cas où je n'observais aucun progrès dans la descente de la tête qui restait comme suspendue à moitié chemin dans l'excavation ou arrivée sur le périnée. Je faisais pencher le corps un peu en avant, les bras appuyés sur un meuble ou bien deux aides donnaient un point d'appui ferme en soutenant la femme sous les aisselles.

On peut supposer que dans cette position debout, la femme retrouve plus d'énergie et de volonté et participe plus activement à l'acte de la parturition. L'inclinaison du bassin peut aussi jouer un certain rôle au point de vue de la facilité d'engagement de la tête. N'y aurait-il pas même une augmentation du diamètre antéro-supérieur du détroit supérieur produite par l'effet d'une bascule se passant du côté du sacrum dont la pointe se porte en avant dans l'antéversion, tandis que la base se porterait légèrement en arrière ? — *Archives de toxicologie et de gynécologie.*

Une maladie organique du cœur doit-elle empêcher d'administrer le chloroforme en obstétrique, par T. RIDGWAY BARKER.—L'auteur conclut ainsi son travail :

Le chloroforme par exhalation peut et doit, s'il est administré convenablement, sauver la vie de femmes en couches atteintes de maladies organiques du cœur, lorsque la mort paraît imminente par suite d'un excès de stimulation du système nerveux cardiaque, stimulation due à des phénomènes réflexes. Par conséquent les maladies organiques du cœur n'excluent pas l'usage du chloroforme dans la parturition, mais exigent seulement une attention plus grande dans son administration.—*Times and Register.*

Du rôle que jouent les épaules dans la production des déchirures périnéales, et des moyens d'y obvier, par W. D. HAGGARD.—L'auteur émet les règles suivantes pour obvier aux déchirures périnéales par les épaules du fœtus :

1o La femme devra se mettre en décubitus latéral gauche, au moins pendant la seconde partie du travail ;

2o On combattra la rigidité des muscles du vagin par un emploi judicieux du chloroforme ;

3o Ce sera la partie du fœtus qui se présente et non point le périnée que l'on soutiendra pendant le passage des épaules ;

4o On supportera la tête en la soulevant contre la symphyse pubienne, en plaçant le pouce droit dans le rectum et en appliquant les doigts de la main droite sur l'occiput du fœtus ;

5o Afin de retarder la sortie des épaules, on exercera une pression sur le tronc et les épaules en appliquant l'index et le médius de la main gauche du rectum et le pouce dans le vagin.

6o Enfin, on supportera le cou et la tête par une pression suffisante exercée contre la symphyse pubienne.—*Annals of Gynaecology.*

La folie cataméniale, par M. le professeur BALL. — Nous relevons dans les *Annales de psychiatrie*, le fait, très important pour le praticien, que les fonctions génitales menstruelles ont une influence des plus marquées sur l'intelligence de la femme et qu'il n'est pas étonnant qu'elles jouent un rôle très important lorsqu'elles viennent à s'établir. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément, suivant qu'ils se produisent avant, pendant ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté ; ils s'observent souvent aussi au moment de la ménopause ; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent ; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant observé en 1823 : Une femme fut jetée en prison, à cette époque, pour avoir tué son enfant, et condamnée à mort, sans qu'elle eût pu d'ailleurs en aucune façon expliquer son crime. Cependant on remarqua, pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de trouble cérébraux à chaque période menstruelle ; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de fait semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont, pour la plupart, d'ordre congestifs, portant sur des organes très divers ; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment.—Une jeune fille de 19 ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans mon service pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y a six mois, après une violente émotion, les règles s'arrêtèrent et il survit un accès de manie avec hallucination qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante les trou-

bles cérébraux se reproduisent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc... Il y a des phénomènes agressifs; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre, mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux est beaucoup plus éloigné de la guérison que celui qui se rappelle ses accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie à l'époque des menstrues; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition: son père est sujet à des accès lypémaniques, sa mère est névropathe; elle a une sœur hystéro-épileptique; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notoire, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite intéressant, la plupart du temps, le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine, qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais, à côté de ce phénomène si habituel, on voit survenir des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif. Chez les hystériques et surtout chez les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais, parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune, à ce moment, pénible; souvent aussi le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait malade.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la dipsomanie, de la kleptomanie, etc. On a signalé aussi fréquemment l'érotomanie, et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie homicide, et il en existe un certain nombre de cas bien connus; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé; c'est la manie proprement dite, et elle éclate presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Cependant, on

voit les malades tomber dans la manie chronique; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est, en effet, relativement favorable; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeutique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen de sangsues, l'emploi des vésicatoires, peuvent avoir quelque utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ses formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.—*Scalpel.*

Diagnostic de la rétroversion et de la rétroflexion utérine.

—Dans une récente leçon clinique faite à l'hôpital Necker, M. le professeur LE DENTU expose un nouveau moyen de reconnaître facilement par le toucher vaginal l'existence d'une rétro-déviatiion utérine.

“ Depuis plusieurs années, dit-il, nous nous sommes habitués à reconnaître l'existence de la rétro-déviatiion par la recherche, au fond du cul-de-sac postérieur du vagin, de la crête médiane qui existe sur la face postérieure de l'utérus. C'est en nous basant sur cette notion d'anatomie normale que nous avons pu, en maintes circonstances, diagnostiquer dès le premier examen, au simple toucher vaginal, soit une rétroversion, soit une rétroflexion de la matrice.”

C'est une notion d'anatomie normale un peu ignorée, quoique contenue dans tous les ouvrages, qu'il existe sur la face postérieure de l'utérus une sorte de crête mousse qui la partage en deux facettes symétriques inclinées l'une à droite, l'autre à gauche (Meckel, Huschke, Richet, Sappey, Charpentier). Pour bien le reconnaître, voici comment on doit procéder.

Lorsque les doigts explorateurs sont arrivés dans l'angle formé par le cul-de-sac postérieur, on doit les diriger lentement de haut en bas, sur la partie médiane de la masse arrondie représentant le corps de l'utérus. En même temps les doigts dépriment un peu la muqueuse vaginale, en la faisant glisser transversalement sur la tumeur. On parvient ainsi à sentir une crête mousse souvent très nette qui divise la masse globuleuse en deux parties latérales symétriques. Tantôt la saillie est peu marquée, difficilement perceptible, tantôt la crête est saillante et très nette, surtout dans la portion voisine de l'angle de flexion.

En suivant cette crête avec le doigt, on peut dans certains cas reconnaître que le corps de l'utérus ne se trouve pas sur la ligne médiane. On peut ainsi diagnostiquer aisément une rétro latéro-déviatio; on peut établir une topographie exacte des productions pathologiques, situées parfois soit d'un côté, soit des deux côtés de la matrice rétro-déviée.

Ajoutons qu'on éprouve quelquefois un peu de peine à percevoir cette crête. Il s'agit là, en somme, d'un signe nouveau qui, s'il n'est pas constant, peut rendre, quand il existe, de très grands services au praticien.—*Concours médical.*

Curettage utérin.—Le premier engouement pour le curettage utérin est passé: déjà on signale des accidents très graves survenus à la suite de cette opération en apparence bénigne et des chirurgiens expérimentés comme M. le Dr Lannelongue, de Bordeaux, ont eu récemment à déplorer des cas de perforation utérine à la suite de curettages utérins. Dans un cas même, la mort en a été la conséquence. S'il faut en croire au contraire M. Pozzi, et ses élèves, le curettage est une opération insignifiante que tout le monde devrait savoir pratiquer.

Nous ne sommes pas aussi optimiste, mais nous croyons que tout praticien sera à même de l'employer, en se conformant aux conseils suivants d'un membre du Concours, M. le Dr BERLIX, de Nice.

1° Le curettage nécessite dans la généralité des cas, l'anesthésie chloroformique et la dilatation préalable de l'utérus au moyen de tiges de laminaire;

2° L'opération doit être faite avec les mêmes soins et les mêmes précautions que les opérations abdominales les plus importantes. Elle ne doit être entreprise que par un chirurgien exercé et outillé en vue de cette antisepsie rigoureuse. A cette condition seule, elle présente une innocuité à peu près absolue;

3° Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès. Au point de vue des indications: 1° le curettage est le traitement par excellence de l'endométrite corporéale; considéré comme procédé de la médication intra-utérine, il est incomparablement supérieur à tous les autres, au point de vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité des résultats; 2° il ne saurait avoir la prétention d'être infailible, de conférer dans tous les cas et du premier coup la guérison radicale d'une affection aussi essentiellement rebelle que la métrite chronique dans la plupart de ses formes. Mais il nous donne prise sur des formes de métrites contre lesquelles, il y a peu d'années, la gynécologie était impuissante; il nous fournit chaque jour des guérisons là où les méthodes anciennes avaient échoué; 3° lorsqu'il ne produit pas d'emblée la guérison absolue de tous les symptômes, il procure

toujours une amélioration notable ; il n'y a aucun inconvénient et il y a souvent grand avantage à le renouveler plusieurs fois ;

4^e Il importe, au plus haut degré, de ne pas considérer le curetage comme le traitement banal de toutes les affections de l'utérus dans lesquelles peuvent se rencontrer des symptômes d'endométrite ;

5^e Diverses catégories de cas doivent être distinguées : ceux où le curetage réalise seul l'action curative ; ceux où il constitue un traitement palliatif ; ceux où il doit être associé à titre d'adjuvant à telle ou telle opération ; ceux, enfin, où il est dangereux ou inutile et où l'on doit s'en abstenir complètement ;

6^e La condition essentielle d'un emploi judicieux du curetage est une précision aussi rigoureuse que possible dans le diagnostic anatomique et symptomatique de chaque cas particulier.—*Concours médical.*

Traitement de l'endométrite, par RALPH WALDO, in *The Americ. Journ. of Obstetrics*.—Le traitement de l'endométrite varie suivant que la lésion affecte le col ou le corps, qu'elle est aiguë ou chronique. On peut le résumer dans les paragraphes suivants :

1^o Dans toutes les variétés d'endométrite, il faut considérer de près la santé générale et traiter toute autre affection dont est atteinte la malade.

S'il existe une diathèse strumense, un soupçon de syphilis, de la goutte chronique, il faudra instituer un traitement constitutionnel. Le meilleur traitement local échouera si on n'obvie pas d'abord à ces anémies persistantes dues au poison malarial, aux troubles gastro-intestinaux, à un surmenage exagéré, à un système défectueux de nourriture ou d'habillement, à une ventilation insuffisante, à un exercice inconsidéré et à tant d'autres causes analogues ;

2^o Quand la muqueuse cervicale est seule atteinte, le drainage des liquides se fait naturellement dans la plupart des cas ; quand il n'existe pas, il faut le rétablir immédiatement. Quand l'orifice externe est très étroit, avec une dilatation du canal cervical située au-dessus, on pratiquera une incision cruciale ; mais si la constriction est peu marquée il suffira de faire la dilatation du canal cervical. Celle-ci sera effectuée à l'aide de dilateurs gradués, ou mieux à l'aide de dilateurs à branches d'acier, mais jamais avec des sondes en gomme, qui déterminent très fréquemment de la septicémie ;

3^o Si la lésion n'est pas de longue durée et que les glandes du col ne sont pas trop profondément atteintes, on tirera un bénéfice évident de l'application d'altérants, tels que la teinture d'iode de Churchill, pure ou mêlée avec égale partie d'acide phénique ; ou d'astringents, tels que des solutions de nitrate d'argent, à l'aide

de glycérine appliquée sur le col au moyen de tampons de ouate ou mieux de laine de brebis; de douches vaginales chaudes, selon la méthode d'Emmet. Si l'affection est très aiguë, on ne fera aucune application sur le col utérin et on maintiendra les malades au lit.

D'autre part, quand la marche est essentiellement chronique et que les glandes sont profondément atteintes, qu'il existe un écoulement abondant, épais, persistant, on pratiquera, sous le sommeil anesthésique, le curettage et l'ablation des glandes à l'aide de la curette tranchante, et on laissera une tige dans le col afin de prévenir la coarctation. Il faut mieux se servir de la tige de verre creuse préconisée par Clément Cleveland :

40 Quand l'endomètre tout entier est envahi, il n'existe généralement pas de drainage effectif; il faut l'établir ce drainage le plus tôt possible. Dans l'endométrite septique aiguë, on fera faire des injections intra-utérines antiseptiques, avec des solutions d'acide phénique à 2 0/0, ou de bichlorure de mercure à 1/5000, aussi souvent qu'il le faudra pour désinfecter complètement l'utérus. Dans les formes chroniques où il n'existe pas de fongosité, on obtiendra les meilleurs résultats par une dilatation complète du col, sous le sommeil anesthésique, avec introduction d'une tige de Cleveland ou d'un tampon de gaze iodoformée;

50 Dans tous les cas où on laisse le canal libre, sauf dans les cas très aigus, on placera deux ou trois fois par semaine, derrière le col, dans le vagin, un tampon bien imbibé de glycérine que l'on y laissera vingt-quatre heures. Quand on ne se sert pas de ces tampons vaginaux, des douches chaudes doivent être pratiquées deux ou trois fois par jour, selon l'acuité de l'inflammation.

Traitement de la vulvite infantile, par le Dr COMBE.—Si l'on veut prévenir l'apparition de la vulvite et de la vulvo-vaginite des petites filles, il faut accepter la notion de contagiosité de la maladie pour la généralité des cas.

On évitera alors tout contact suspect aux femmes qui ont des fleurs blanches ou des écoulements de quelque nature que ce soit, on dira que ces écoulements peuvent se transmettre à leurs filles soit par la communauté du lit, soit par celle des objets de toilette intime (éponges, linges, etc.)

On leur conseillera de se traiter et de se guérir de ces écoulements; les injections vaginales pendant les dernières semaines de la grossesse servent de prophylaxie à l'ophtalmie des nouveau-nés; de même pour la vulvite des petites filles.

On éclairera les familles sur la possibilité de la transmission d'une ophtalmie à la vulve et d'une vulvite aux yeux, et l'on fera tout pour éviter le transfert du pus d'un organe à l'autre.

Dans les pensions de jeunes filles, dans les hôpitaux, dans les stations thermales, on interdira l'usage des piscines communes

aux petites filles, à moins d'être sûr qu'aucune d'entre elles n'est atteinte de vulvite. Et encore serait-il plus prudent de réserver à chacune sa baignoire, comme nous le faisons au Dispensaire de la Société philanthropique, où nous avons toujours refusé de nous servir de la piscine, que nous avons supprimée et remplacée par des baignoires.

Après qu'une enfant atteinte de la vulvite aura pris un bain, il faudra nettoyer avec soin la baignoire à l'eau bouillante pour tuer les germes de la vulvite.

J'ai pour habitude de donner les bains à toutes les fillettes atteintes de vulvo-vaginite qui viennent au Dispensaire, et, grâce à ces mesures, la propagation du mal a toujours été évitée.

Il serait prudent également de ne pas livrer à la blanchisseuse les linges souillés de pus avant de les avoir plongés dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1,000.

Une fillette atteinte de vulvite doit-elle être exclue de l'école

Oui, si la maladie est aiguë, s'il y a des démangeaisons, si l'enfant porte incessamment les doigts aux parties génitales, car elle peut alors communiquer des vulvites et des ophtalmies à ses camarades, en jouant avec elles.

Le traitement varie suivant les cas, mais toujours il doit être antiseptique :

S'il n'y a que de la vulvite, il suffit de faire, deux ou trois fois par jour, des lotions avec une décoction de feuilles de noyer suivies d'une pulvérisation de salol entre les lèvres, avec application d'ouate hydrophile maintenue par un bandage.

Je donne en même temps trois bains sulfureux par semaine.

Les lotions avec le sublimé à 1 p. 2,000, avec le chlorate de potasse à 5 p. 100, m'ont rendu quelques services.

Si la vulvite est accompagnée de vaginite, il faut faire pénétrer les topiques dans le vagin, pour avoir une guérison prompte et complète.

On peut, à l'exemple de R. Pott, introduire des crayons modificateurs à travers l'hymen. Ces crayons contiendront de l'iodeforme ou du salol ; c'est à ce dernier médicament que je donne la préférence.

Je me sers habituellement de petits crayons ou bougies, de 2 à 3 millimètres de diamètre, contenant 10 centigrammes de salol par gramme de beurre de cacao.—*Bulletin de thérapeutique.*

—Les hommes ne se consolent pas du premier amour ni les femmes du dernier.—J. J. WEISS.

—Le vrai soulagement des maux humains, c'est de n'en pas avoir conscience.—G. M. VALTOUR.

FORMULAIRE.

Asthme.—*Plant.*

P.—Feuilles de stramonium.....	8 parties.
Feuilles de thé vert pulv.....	8 “
Feuille de lobélie.....	7 “

M.—Humectez au moyen d'une solution saturée de nitrate de potasse. Séchez soigneusement et conservez dans des récipients hermétiquement formés.

Alopécie.

P.—Alcool à 50 °jv.....	2½ onces.
Alcool camphré.....	} aa
Rhum.....	
Teinture de cantharides.....	
Glycérine.....	1½ drachme.
Essences de gaulthérie, de santal et de roses.....	5 gouttes.
Muriate de pilocarpine.....	7½ grains.

M.—En lotions.—Ce mélange est surtout utile dans l'alopécie consécutive aux maladies graves.—*Union médicale.*

Constipation habituelle.—*Staple.*

P.—Extrait fluide de cascara.....	1 drachme.
Teinture de noix vomique.....	10 minimes.
Teinture de belladone.....	5 “
Eau.....	1 once.

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Flatulence intestinale.—*Potain.*

P.—Noix vomique pulvérisée.....	15 grs.
Semences d'anis pulv.....	30 grs.

M.—Divisez en dix cachets.

D. s. Un cachet, deux fois par jour, avant les repas.

P.—Columbo.....	3 parties
Esprit d'éther.....	3 “
Teinture d'anis étoilé.....	1 partie
Teinture de noix vomique.....	1 “

M.—*Dose.* Vingt gouttes avant chaque repas.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

Rédacteur-en-chef: Dr H. E. DESROSIERS.

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1892.

BULLETIN.

Réciprocité interprovinciale.

Un fait d'une importance assez considérable vient de se passer dans le monde médical. Il y a un certain temps déjà, il avait été convenu qu'une conférence interprovinciale aurait lieu à laquelle seraient invités à prendre part des délégués des bureaux de médecine de toutes les provinces de la Puissance. Cette conférence s'est tenue à Ottawa, le 20 septembre, la veille même de la réunion annuelle de l'*Association Médicale du Canada*.

Étaient présents: les Drs Bray, Grant (Sir J. A.), Logan, Rogers et Ruttan, délégués par le Conseil médical d'Ontario, les Drs F. W. Campbell, J. B. Gibson et A. T. Brosseau, délégués du Bureau provincial de médecine de Québec, le Dr Edwards, représentant le corps médical des Territoires du Nord-Ouest et le Dr Milm, délégué de la Colombie Anglaise. Des lettres d'adhésion ont été lues de la part des conseils médicaux de Manitoba, de la Nouvelle-Ecosse, du Nouveau-Brunswick et de l'Île du Prince-Édouard.

La question qui a surtout fait le sujet des délibérations de la conférence a été la réciprocité médicale interprovinciale. Tous les délégués présents se sont déclarés en faveur de l'adoption, par chaque province, d'un *Acte médical* calqué sur celui actuellement en vigueur dans Ontario, et par lequel le Conseil médical exerce un contrôle absolu sur l'éducation médicale, et en général sur tout ce qui regarde l'exercice de la médecine dans Ontario.

En outre, unanimement, les délégués ont été d'opinion qu'un bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique de la médecine devrait être créé dans chaque province, et qu'aussitôt que ces bureaux seraient établis dans les provinces, le programme des examens préliminaires et des études médicales devrait être le

même partout. De là à établir la réciprocité entre les diverses provinces, il n'y aurait plus qu'un pas.

La résolution suivante a donc été adoptée unanimement par les délégués, sur proposition du Dr Rogers, d'Ottawa, appuyé par le Dr Gibson, de Cowansville :

“ Dans l'opinion des membres de cette conférence interprovinciale, on devrait créer dans chaque province du Canada un bureau central d'examineurs pour examiner tous les candidats à la licence et à l'enregistrement ;

“ Aussitôt qu'un bureau central d'examineurs sera établi dans chaque province, un comité devra être choisi par des délégués de chaque conseil médical provincial, comité qui établira un programme uniforme d'examens préliminaires et d'enseignement médical pour toute l'étendue du Canada, et assurera, entre les diverses provinces, la réciprocité de licence et d'enregistrement.”

Nos lecteurs savent à quoi s'en tenir sur notre manière de voir à ce sujet. En principe, nous sommes en faveur de la création d'un bureau central d'examineurs, et l'UNION MÉDICALE a constamment favorisé ce projet. D'un autre côté nous n'ignorons pas qu'il existe, à la réalisation de ce projet, certaines difficultés pratiques qu'il est impossible de négliger. Tout peut dépendre de la composition même du bureau, et nous avons longuement discuté ce point dans un article précédent.

En attendant que ce projet devienne loi, ce qui prendra encore du temps, il va falloir maintenir le *statu quo*, non celui des années dernières, grâce auquel tous les étrangers étaient reçus par nous à bras ouverts, mais celui qu'a déterminé le Bureau provincial de médecine en mai dernier, et en vertu duquel la licence du Collège ne sera plus désormais accordée sans examen aux porteurs de diplômes étrangers, ni aux candidats qui n'auront pas subi leur examen préliminaire devant le Bureau d'examineurs de la Province de Québec.

Le choléra.

Depuis la publication de notre livraison d'août, le choléra a accentué sa marche envahissante en Europe et a même traversé l'Atlantique. Son apparition à New-York a été le signal d'une panique un peu partout, panique qui s'est cependant assez vite dissipée, étant donné le nombre restreint de cas admis, les minutieuses précautions prises par les autorités sanitaires, et les rigueurs d'une quarantaine bien conduite.

Aucun cas authentique ne s'est, jusqu'ici, déclaré dans les limites de la Province de Québec. Des dispositions ont été immédiatement prises à l'effet d'assurer un service de quarantaine.

efficace. Des inspecteurs compétents ont été chargés d'examiner soigneusement les trains de voyageurs arrivant des États-Unis et en particulier de New-York. Un médecin a été choisi pour contrôler, à Montréal même, le service de quarantaine de la Grosse-Ile. Le Bureau de Santé de Montréal s'est adjoint, pour l'aider dans sa tâche, un conseil ou *comité consultatif d'hygiène* qui travaille d'action et rend les plus grands services en visitant les endroits menacés et en signalant les dangers à éviter. Le Bureau provincial d'hygiène a organisé des bureaux locaux partout où il n'y en avait pas encore, et siège en permanence depuis le début de l'épidémie américaine.

Rien ne saurait être fait de plus comme mesures prophylactiques. Advienne le choléra, la ville de Montréal est prête à hospitaliser ses cholériques. Elle a ses ambulances, ses désinfecteurs, ses pavillons d'isolement et un personnel suffisant.

Le cas du Dr Pavlidès.

La cause de Pavlidès vs. le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, portée devant la Cour d'Appel, vient d'être décidée, à l'unanimité des juges siégeant, en faveur du Collège.

Voici, en substance, le jugement prononcé par Sir Alexandre Lacoste, juge en chef :

" Il s'agit d'interpréter l'article 3977 des Statuts Refondus de la Province de Québec.

" Le Dr Pavlidès est arrivé au pays porteur d'un diplôme de l'Université de Paris et a demandé une licence au collège des médecins de cette province. Le collège a pris cette demande sous considération et a remis sa décision à six mois.

" Le Dr Pavlidès a pris cet arrangement pour un refus et a demandé un bref de mandamus qui lui a été accordé par la cour supérieure. Le collège des médecins demande l'annulation de ce mandamus.

Le savant juge fait lecture de la clause dans laquelle il est dit que les membres du collège des médecins *ont le pouvoir* d'accorder une licence, etc., etc., et fait remarquer que les écoles mentionnées dans la section 3972, dont il est question sont les écoles canadiennes.

" Cette expression *ont le pouvoir*, est-elle facultative ou impérative ?

" C'est dans l'interprétation de ces paroles que repose toute la difficulté.

" Le principe, consacré par l'article 19 du Code Civil, reconnaît que dans leur sens naturel, ces paroles sont facultatives.

“ Mais, dit l'intimé, il y a des cas où bien que ces paroles semblent accorder un pouvoir discrétionnaire, elles imputent une obligation et sont de fait affirmatives, quoiqu'en apparence elles soient facultatives.

“ L'étude des auteurs et de la jurisprudence ont conduit la cour à la conclusion que chaque cas doit être apprécié à la lumière des circonstances particulières qui l'environnent et de l'intention qu'a eue le législateur. Il faut étudier quel a été le but de la loi et qu'elle a été la position relative des parties en cause. Il faut voir si l'abstention d'accomplir cet acte blesse la justice, ou si son accomplissement est nécessité par l'intérêt public. Dans le cas d'un doute, le sens naturel de l'expression doit être adopté.

“ Le collège des médecins a été formé pour veiller sur la profession médicale, voir à la dignité et à la compétence de ses membres résultant des connaissances médicales. Pour exercer cette mission, le collège a une certaine discrétion. Le législateur lui a posé certaines règles pour l'exercice de cette discrétion, sauf dans le cas de la clause 3972 où la loi est formellement impérative. Lorsqu'il s'agit des diplômes des colonies ou de France, le législateur dit “ pourra.”

“ Dans l'espèce, le Dr Pavlidès porteur d'un diplôme est-il dans l'exercice d'un droit ? Non.

“ Les principes de justice sont-ils blessés ? Non.

“ L'intérêt public commande-t-il qu'on lui accorde cette licence ? Je ne crois pas.

“ De toutes ces questions, les médecins sont les seuls juges.

“ Le législateur, loin d'avoir restreint leur discrétion leur a, donné un droit facultatif. Ils ont un pouvoir et non un devoir.

“ Ce pouvoir facultatif leur est donné, car il est possible (je ne parle pas d'un cas actuel, car le porteur d'un diplôme de l'Université de Paris doit être compétent), il est possible que pour différentes raisons, vieillesse ou infirmité, le porteur ne puisse exercer la profession médicale, ou que son diplôme soit d'une université dont le collège ne soit pas satisfait ; alors les médecins exercent leur discrétion.

“ Le mandamus est annulé.”

Cette décision de la Cour d'Appel règle définitivement le mode d'interprétation de l'article 3977, de la loi concernant les médecins et chirurgiens. Le Bureau provincial a, en vertu de cette loi, le simple *pouvoir*, et non le *devoir*, d'accorder la licence aux diplômés étrangers. Ce pouvoir est facultatif et si, pour une raison ou pour une autre, ce dont le Bureau est le seul juge, celui-ci juge à propos de refuser la licence à des gradués d'universités en dehors de la province de Québec, il est parfaitement libre de le faire. Or depuis mai dernier, le Bureau a pris en sérieuse considération la question de l'encombrement de la profession médicale, et est bien résolu de remédier à cet état de choses. En

outre il veut, en refusant la licence aux gradués étrangers, rendre à nos voisins de la province sœur un échange de procédés dont nos gradués à nous ont maintes fois eu l'occasion de se plaindre. Quand Ontario acceptera sans examens nos diplômés, nous accepterons les siens.

Nécrologie.

J. ALFRED LARAMÉE.

La profession médicale vient de perdre un de ses membres les plus distingués dans la personne de M. J. ALFRED LARAMÉE, docteur en médecine, professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame, décédé le 12 septembre, à l'âge de 48 ans.

Nous manquerions à un devoir sacré si nous ne rendions pas hommage à la mémoire de celui qui, dès les premiers jours, fut, pour l'UNION MÉDICALE, un ami dévoué et un collaborateur assidu. Quel est celui des lecteurs de notre journal qui, depuis dix ans, n'a pas cherché, à l'arrivée de chaque livraison, la clinique de Laramée.

Erudition profonde, coup-d'œil exercé, sûreté de diagnostic, élocution facile et abondante, Laramée possédait tout cela, et joignait à l'étendue de ses connaissances, très variées du reste, le charme d'une diction qui nous faisait l'écouter, à la clinique, avec un plaisir qui n'avait d'égal que notre admiration. Aussi était il aimé des élèves, et nous qui avons été son interne à l'hôpital Notre-Dame, avons pu apprécier à la fois sa grande connaissance des misères pathologiques de la nature humaine et ses efforts constants vers le soulagement de ses infirmités.

Travailleur infatigable, observateur fin et érudit, Laramée n'était jamais oisif et aimait, avant toutes choses, l'art auquel il avait voué sa vie. Que de longues heures nous avons passées à relire et à commenter Lasègue, Trousseau, Potain, Peter, Dieulafoy, etc., Laramée entremêlant la lecture d'observations originales dignes de figurer au texte des grands maîtres.

L'enseignement avait pour lui un attrait particulier. Aussi quel soin minutieux ne mettait-il pas à préparer les leçons cliniques dont il voulait bien nous donner la primeur. Hélas ! n'est-ce pas en juillet dernier, il y a deux mois à peine, qu'il nous adressait de sa villégiature à Caledonia cette dernière leçon sur les affections du cœur, suprême effort d'une énergie qui s'est

maintenue jusqu'à la fin, et où il est resté ce qu'il avait toujours été: observateur attentif et clinicien consommé.

Ami fidèle et dévoué, toujours prêt à rendre service à ses confrères, non seulement comme consultant au lit des malades, mais aussi—et très souvent—comme conseiller intime dans l'intimité du cabinet, le Dr Laramée n'a laissé dans la mémoire de ses collègues que des souvenirs heureux. Tous l'estimaient; tous appréciaient hautement chez lui la valeur de ce sens médical qui ne lui a jamais fait défaut et auquel il a dû ses plus beaux succès.

Au risque de nous exposer à des redites, nous ne pouvons passer sous silence les belles qualités de l'âme et du cœur qui ont fait du regretté professeur un citoyen honorable, intègre et universellement estimé. Ceux surtout qui l'ont approché dans l'intimité ont pu apprécier l'exquise urbanité, l'égalité d'humeur, l'affabilité constante avec lesquelles il accueillait tous ceux qui l'approchaient, clients du commun ou haut placés, amis intimes ou simples connaissances.

Laramée a succombé à une affection cancéreuse du duodénum compliquée de lithiase biliaire. Il a souffert bien longtemps et avec une patience infinie. Depuis deux ou trois ans que s'étaient manifestés les premiers symptômes de son affection hépatique, il n'avait pas eu un seul jour de repos. Toujours courageux cependant, il luttait sans cesse, travaillait toujours, et ce n'est que quand il a senti ses forces s'en aller, harassé, rendu, et littéralement épuisé jusqu'aux moelles, qu'il a abandonné, le 1er juin dernier, son rude service de clinique à l'hôpital Notre Dame. Sa mort laisse dans la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal et à l'hôpital Notre-Dame des vides bien difficiles à remplir, et le souvenir de ce qu'il a fait pour ces deux institutions ne suffit pas à combler les regrets qu'a laissés son départ prématuré.

H. E. D.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

KELLY.—Gynecological technique, by Howard A. KELLY, M. D.

—Clinical report of Cystectomy for polycystic ovarian tumor, by Howard A. KELLY, M. D. of the Johns Hopkins Hospital.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On parle d'ériger prochainement, à New-York, un hôpital pour les consomptifs. Le coût probable sera d'environ \$300,000. Cet hôpital s'appellera le *Seton Hospital*, et sera sous la direction des Sœurs de la Charité (catholiques).

M. Alphonse Giguère, chef de laboratoire de la pharmacie Décarv, à Montréal, s'est embarqué dernièrement à bord du *Labrador* en route pour l'Europe. M. Giguère se rend à Paris où il suivra pendant cinq à six mois des cours spéciaux de chimie pharmaceutique dans les intérêts de la maison dont il fait partie.

L'Association médicale du Canada a tenu sa 25^e réunion annuelle les 21, 22 et 23 septembre, à Ottawa. On est d'accord à dire que ça a été un succès sans précédent. Dans notre prochaine livraison nous donnerons un compte-rendu aussi détaillé que possible des séances générales et sectionnelles, ainsi que les noms des officiers élus pour l'année 1892-93.

En France, le nombre des docteurs s'accroît lentement, et cet accroissement ne compense même pas pour le moment la diminution graduelle du nombre des officiers de santé. Néanmoins, dans les grandes villes, on se plaint de pléthore médicale.

En Allemagne, le nombre des médecins s'accroît dans une proportion qui peut paraître inquiétante pour l'avenir réservé aux membres de la profession médicale. C'est ainsi que de 18,840 qu'il était en 1890, leur nombre s'est élevé à 20,223 en 1891, ce qui fait un accroissement de 1,383 en une seule année. Tous les pays de l'empire allemand ont vu augmenter le nombre de leurs médecins. Pour le royaume de Prusse, il a passé de 10,784 à 11,129; pour la ville de Berlin, l'accroissement en un an a été de 203 soit 1,615 médecins au lieu de 1,412. Comme le nombre des étudiants en médecine va toujours croissant, on peut prévoir ce que sera bientôt la concurrence, la lutte pour la vie entre les médecins allemands. Après les États-Unis, c'est en Allemagne que le nombre des médecins est le plus élevé par rapport au chiffre de la population.

On peut se demander s'il y a avantage pour un pays à avoir une telle surabondance de praticiens.—(*Bull. méd.*)

Nécrologie.—ÉTRANGER: A Dublin, M. William COLLES, professeur (*Regius*) de chirurgie à l'Université de Dublin. Il était le fils du chirurgien Abraham Colles, dont la mémoire se

rattache intimement à la forme particulière de fracture de l'avant bras, qui porte son nom.

Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal; Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal.—Les cours de la Faculté s'ouvriront le 4 octobre, 1892. Le discours d'ouverture sera prononcé par M. le Dr Foucher.

Durant le premier terme, les cours se donneront dans l'ordre suivant :

Dr DUVAL.—*Physiologie* (1ère année), 8.30 a. m., tous les jours.

Dr MIGNAULT.—*Physiologie* (2e année), 8.30 a. m., tous les jours.

Dr DESJARDINS.—*Clinique ophtalmologique*. (Institut ophtalmique de Montréal), 8.30 a. m., tous les jours.

Dr FOUCHER.—*Clinique ophtalmologique* (Hôpital Notre-Dame), 9 h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.—*Clinique otologique*, mardi, jeudi, samedi.

Dr FAFARD.—*Chimie* 9.30 a. m., tous les jours.

Dr ————*Clinique interne* (Hôpital Notre-Dame, 10.30 a. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr BROSSEAU.—*Clinique externe* (Hôpital Notre-Dame), 10.30 a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr HINGSTON.—*Clinique externe* (Hôtel-Dieu), 12.30, p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr DEMERS.—*Clinique interne*, aux élèves de 4e année (Hôtel-Dieu), 12.30 p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr GUERIN.—*Clinique interne*, aux élèves de 3e année (Hôtel-Dieu), 12.30, p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr LACHAPELLE.—*Clinique de pédiatrie* (Hôpital Notre-Dame), 2 h. p. m., tous les jours.

Dr BRENNAN.—*Histologie*, 2 h. p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr ROTTOT.—*Pathologie interne*, 2 h. p. m., tous les jours.

Dr POITEVIN.—*Anatomie descriptive*, 3 h. p. m., tous les jours.

Dr BRUNELLE.—*Pathologie externe*, 3 h. p. m., tous les jours.

Dr LACHAPELLE.—*Hygiène*, 4 h. p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr DESROSIERS.—*Matière médicale et thérapeutique*, 4 h. p. m., tous les jours.

Dr LACHAPELLE.—*Botanique*, 5 h. p. m., mardi et jeudi.

Dr LAMARCHE.—*Tocologie*, 5 h. p. m., tous les jours.

Dr CHARTRAND.—*Anatomie pratique*, 8 h. p. m., tous les jours, après le 1er novembre.

Dr DAGENAIS.—*Clinique de toxicologie*. Sur avis spécial.

VARIÉTÉS.

Thérapeutique musicale.

On aime beaucoup l'harmonie dans notre petit monde médical, où on n'entend trop souvent, hélas ! que notes fausses, cacophonies et discordances. Le sujet de cet article est donc doublement justifié. Je me mets, du reste, en commençant, sous l'égide des médecins qui ont cultivé la musique, Boerhaave, un flûtiste éminent, Haller, un maître sur le violoncelle, Brochin, qui attaquait avec tant de succès sur le violon les œuvres de Beethoven et de Mendelssohn, Orfila, une première basse bouffe extraordinaire, Trélat, Fauvel, Calmettes, Canier, Moreau qui a composé de fort jolis morceaux, joués pour la plupart à Angers, et quantité d'autres mélomanes, de Paris ou de province, dont les réunions artistiques ont été et sont encore fort recherchées.

Je m'abrite sous la caisse de tous les pianos scientifiques, avant de prendre la plume et d'aborder ce sujet, aux allures profanes.

Inutile de faire appel à vos souvenirs classiques pour évoquer la légende d'Apollon, dont la lyre endort la vigilance d'Argus ; d'Orphée soumettant toute la nature par le charme de sa voix ; d'Amphyon qui éveille les merveilles de Thèbes ; de Typandre qui apaise tout un peuple révolté par le même moyen ; de David, qui hypnotise Saul avec sa harpe, etc.

Ce sont de naïves conceptions, auxquelles je ne veux pas m'arrêter. Je me contenterai d'en signaler le côté curatif, qui, dès les époques les plus reculées, fut admis sur toutes les latitudes.

Je ne parlerai pas davantage des ménestrels et des troubadours dont l'influence fut si grande sur les mœurs et la civilisation du moyen-âge.

On ne saurait oublier, non plus, que la musique eut une grande influence sur les croisades : Les croisés partaient en entonnant des psaumes et des litanies dont les accents furent colportés d'Occident vers l'Orient. " Il est vrai, ajoute le Dr Krishaber (Diet, encyclopédique, tome XI, page 151), qu'arrivés au terme de leur pèlerinage, les caravanes de l'Europe commencent à leur tour les chants frivoles des peuples orientaux, et au retour, les entremêlèrent étrangement avec les *Requiem* et les *De Profundis*. On sait que dans ces grandes migrations, au mysticisme fanatique s'associa dans une large mesure l'esprit d'aventure et de débauche."

Je me contenterai de rappeler un des feuilletons du Dr Simplicien

ce (*Union médicale*, 28 novembre 1868), qui affirme que Rossini a dû faire plus d'une cure dans sa vie et que bien des mélancoliques ont dû se guérir ou tout au moins se distraire de leurs tristesses, à l'audition du *Barbier* et de la *Cenerentola*.

“ Nous ne connaissons peut être pas assez, dit-il, la puissance du rythme sur notre organisme ; je demandais un jour au Dr Véron, qui, quoique non pratiquant, était doué d'un sens médical très juste : “ Comment pouvez-vous aller vous enfermer ainsi, tous les soirs, dans une loge d'Opéra ou des Italiens, immédiatement après votre dîner ?—Je ne peux pas digérer sans musique, me répondit-il. Il me faut du rythme.” Je lui rappelai alors une pratique singulière et qui paraissait fort bizarre, d'un praticien très célèbre et très original, Récamier, qui envoyait tous ses dyspeptiques et gastralgiques à la place Vendôme, pour y entendre la retraite et suivre les tambours.

—C'est bien cela, s'exclama M. Véron. L'ouverture de la *Gazza* qui commence par un roulement de tambours, me fait un bien extrême ; et l'Opéra du Caid, où le tambour joue un grand rôle, me produit l'effet du meilleur thé.”

Ce qui précède pourra ressembler à un paradoxe plus que fantaisiste, aux organisations réfractaires aux impressions musicales ; mais pour ceux que la musique passionne et exalte, ils conviendront que le bien-être qui suit une audition irréprochable peut avoir, en effet, une influence favorable sur tout l'organisme.

À l'audition d'une partition de son choix (c'est lui même qui le raconte), Berlioz semblait entrer en vibration : “ C'est d'abord un plaisir délicieux où le raisonnement n'entre pour rien ; l'habitude de l'analyse vient ensuite d'elle même faire naître l'admiration ; l'émotion croissant en raison directe de l'énergie ou de la grandeur des idées de l'auteur, produit successivement une agitation étrange dans la circulation du sang ; mes artères battent avec violence ; les larmes qui, d'ordinaire, annoncent la fin du paroxysme, n'en indiquent souvent qu'un état progressif, qui doit être de beaucoup dépassé.”

On sait qu'à Mazas, un autel est placé au centre de la prison, sur une sorte de haut piédestal, et, le dimanche, les prisonniers sont censés entendre la messe par l'entrebâillement des douze cents portes des cellules : “ D'ordinaire, écrit Ignotus (*Paris-secret*), ce peuple de cœurs tombés ou révoltés, manifeste la plus grande indifférence devant ce spectacle chrétien. La religion lui semble faire partie de cet échafaudage social qui, à ce moment, pèse de tout son poids sur lui. Dieu apparaît à ces hommes comme un procureur général. Seule, la musique de l'orgue a la puissance de les émouvoir. Un peu de musique dans les hôpitaux, les hospices et les prisons, voilà un de mes desiderata. Elle endormirait momentanément la misère et le crime. On a remarqué que, seul, l'assassin n'est pas d'un tempérament sensible à la musique. Si

cela est vrai, je ne m'étonne pas. Je vous indique du doigt un phénomène semblable dans la nature : Tout oiseau qui a l'habitude de boire du sang ne chante pas."

—J'admettrais au moins cette distraction pour certaines maisons de refuge, pour les femmes et les enfants; il est possible que ce soit un outil de relèvement capable d'emporter ces pauvres âmes vers les choses d'en haut. Une heure de répit, de détente, de temps en temps, représenterait la goutte d'eau que dans certaines légendes on offre aux damnés. Une chanson, même au refrain canaille, fait paraître moins longues les heures de l'atelier et remplace avantageusement le dévergondage des conversations.

La musique est la grande consolation, le débouché sérieux, la principale ressource des aveugles de notre institut national, car ils gagnent à peine de quoi vivre dans les métiers manuels. Quand l'enfant entre dans cette maison de la rue de Sèvres, les instruments semblent l'interroger comme des sphinx. S'il ne peut pas leur répondre, l'enfant sera dévoré par la misère parisienne. S'il a l'oreille musicale, il est sauvé. Son âme s'illuminera. Il vivra par l'ouïe et sera protégé plus tard contre Paris par son art, comme ce musicien ambulancier qui se défendit contre les loups des steppes russes, en jouant du violon.

C'est un grand point de rendre agréable à l'écolier le séjour du collège, et on y contribue, en dehors d'autres plaisirs, dont je n'ai pas à m'occuper, par l'organisation de fanfares, le triomphe des instruments en cuivre, qui répondent au besoin inné des enfants de faire du bruit. C'est un élément de vie et de gaieté; il est peu artistique, soit; mais il comporte pour la jeunesse des charmes à nuls autres pareils. D'ailleurs, nos petits amis ne sont pas assez dépourvus de goût naturel, pour ne pas faire de différence entre une exécution convenable et le tumulte discordant de la foire au pain d'épice; mais enfin, une fête dans n'importe quel pensionnat serait incomplète sans accompagnement instrumental. Les petites solennités des établissements scolaires sont singulièrement relevées dans l'esprit de nos fils par l'appareil joyeux des pistons et des trombones.

Parmi les moyens indiqués par le Dr Ritti, dans le Dictionnaire de Dechambre, pour combattre la folie du doute avec délire du toucher, on trouve indiquée, surtout pour les femmes pensives, l'étude assidue de la musique ou des langues étrangères. Il s'agit en pareil cas, de combattre le désœuvrement, d'imposer énergiquement aux malades des occupations absorbantes.

Pour les hypochondriaques, chez lesquels il faut surtout provoquer l'activité, l'effort volitionnel, la musique n'est réellement utile que si le malade est lui-même musicien et si ses auditeurs ont la complaisance de l'encourager par des applaudissements: "Les jeux, la chasse, les exercices du corps, la conversation et les discussions, sont infiniment préférables aux plaisirs passifs du dilettantisme". (Cotard.)

Les sensations que produit la musique, lit-on dans le Dictionnaire de Larousse, éloignent l'homme des affections basses et le transportent dans des régions plus sereines. La certitude d'avoir à sa portée une source inépuisable de jouissances pures et douces peut suffire pour chasser la tentation des plaisirs sensuels et grossiers. Pénétré par le charme dont l'enveloppe l'exécution d'une belle œuvre musicale, l'esprit fait trêve à ses préoccupations et à ses calculs; il calme son activité et se repose dans une sorte d'engourdissement voluptueux.

On a aussi prétendu que celui sur lequel la musique n'a pas de prise, qui reste indifférent, est un être incomplet. Les anciens allaient plus loin: Le méchant ne chante pas, disaient-ils; et c'est cette même pensée que Shakespeare a phrasé avec son exagération de poète: "L'homme qui n'a dans son âme aucune musique, et qui n'est pas ému par l'harmonie, est capable de trahison, de stratagèmes et d'injustice. Les mouvements de son âme sont lents et mornes comme la nuit; ne vous fiez point à un pareil homme!"

Il serait plus naturel de plaindre ceux qui restent insensibles à l'audition des chefs-d'œuvre des maîtres, quelle que soit leur nationalité.

Les mythes d'Orphée et d'Amphion n'ont pas eu d'autre but que d'exalter la puissance de la musique, en l'étendant jusqu'aux animaux, jusqu'aux plantes et même aux pierres. Des faits plus historiques, comme Tyrtée apaisant par ses chants une sédition à Sparte, Tyrtée poussant au combat les Lacédémoniens, David calmant avec sa harpe les accès de folie de Saul, sont la constatation des mêmes phénomènes.

DR GRELLETY (de Vichy).

Lait cru et lait bouilli.

Cueilli dans l'*Union médicale* de Paris sous la signature de SIMPLISSIME: Méfiez vous, chers lecteurs, de la logique des enfants. Une fillette de 3 ans, à qui on n'a jamais laissé boire, depuis son sevrage, que du lait bouilli, et à qui on a dû expliquer maintes fois pourquoi, voit sa petite sœur pendue au sein maternel.

—Dis donc, petite-mère, est-ce que tu fais bouillir ton lait?—Mais certainement, dit la maman, qui croit qu'il s'agit de celui qu'on apporte tous les matins. Tu le vois bien tous les jours.—Oh! je ne parle pas de celui-là, je veux dire celui de ton estomac.

La mère, suffoquée, se décide enfin à répondre:—Oh! celui-là, non, bien sûr!—Alors, reprend miss Bob, il n'est pas sain, ton lait!
