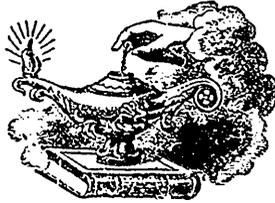


LE
Bulletin Médical
DE
QUÉBEC

LE
BULLETIN MÉDICAL
DE
QUÉBEC

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



Indocti discant et ament
meminisse periti.

COMITÉ DE RÉDACTION

M. Ahern.	A. G. Belleau	M. D. Brochu
L. Cateilier	P. Coote	F. X. Dorion
N. A. Dussault	P. V. Faucher	L. N. J. Fiset
R. Fortier	L. O. Gauthier	S. Grondin
A. Hamel	Alb. Jobin	Alb. Marois
Eng. Mathieu	C. R. Paquin	A. Rousseau
L. J. A. Simard	Art. Simard	Edwin Turcot

Art. Vallée Charles Verge

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

ADRESSEZ TOUT CE QUI CONCERNE

L'administration et la Rédaction
" TIROIR NO. 3, FAUBOURG ST-JEAN "

TOME 1—1899-1900.

QUEBEC
IMPRIMERIE DU PATRONAGE
62, CÔTE D'ABRAHAM.
1900

601/B/100/

1ère ANNÉE

SEPTEMBRE, 1899

No 1

LE
BULLETIN MÉDICAL
 DE
QUÉBEC

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



Indocti discant et ament
 meminisse periti.

COMITÉ DE RÉDACTION

M. Ahern,
 L. Catellier
 L. N. Dussault
 R. Fortier
 A. Hamel
 C. R. Paquin
 Art. Simard

A. G. Belleau
 P. Coote
 P. V. Faucher
 L. O. Gauthier
 Alb. Jobin
 A. Rousseau
 Edwin Turcotte
 Charles Verge

M. D. Brochu
 F. X. Dorion
 L. N. J. Fiset
 S. Grondin
 Alb. Marois
 L. J. A. Simard
 Art. Vallée

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

ADRESSEZ TOUT CE QUI CONCERNE

L'administration et la Rédaction

“ TIROIR NO. 3, FAUBOURG ST-JEAN ”

QUÉBEC

IMPRIMERIE DU PATRONAGE
 62, CÔTE D'ABRAHAM.
 1899.

LE BULLETIN MÉDICAL

Tout article scientifique, rapport, Clinique, ou travail d'intérêts professionnels sera publié dans le No. du mois, pourvu qu'il soit envoyé à la rédaction, (tiroir No. 3, Faubourg St-Jean) avant le 15 du même mois.

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

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

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

SOMMAIRE

PROSPECTUS.	
<i>A nos lecteurs</i>	1
TRAVAUX ORIGINAUX.	
<i>Traitement du placenta prævia à insertion centrale</i> , par A. SIMARD, JNR.	3
<i>Quelques rapports de cas personnels traités avec succès par l'électricité</i> , par CHS. VERGE.....	11
<i>Rapport sur la Furunculose</i> par DELSAUX et BUYS.—L. N. F.....	13
<i>Société Médicale de Québec</i>	16
REPRODUCTION.	
OPHTALMOLOGIE.	
<i>Etiologie des Conjonctivites</i> par DE WECKER.....	18
MALADIES VÉNÉRIENNES.	
<i>La goutte militaire</i> , par M. L. JULIEN.....	20
PAEDIATRIE.	
<i>L'Arythmie du Cœur chez les enfants</i> , par J. COMBY, Paris.....	26
MÉDECINE ET CHIRURGIE.	
<i>Traitement des appendicites—Hôpital Laënnec—M. PAUL RECLUS</i>	33
OBSTÉTRIQUE.	
<i>De l'accouchement aseptique</i>	42
<i>De la Cocaïne en obstétrique</i> par le Dr. BOUSQUET, de Marseille.....	43
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.	
<i>Réciprocité interprovinciale</i> , par L. J. A. SIMARD, SNR.....	44
<i>A la mémoire du Dr. C. E. Lemieux</i> . Dr. M. D. BROCHU.....	46
A TRAVERS LA THÉRAPEUTIQUE.	
<i>Le chloroforme en application externe</i>	52
<i>Modes d'administration de la Créosote</i>	53
<i>Analyse quantitative du sucre dans la diabète</i>	54
<i>Le chlorhydrate de Cocaïne et ses solutions</i>	54
<i>Nouvelles</i>	54
<i>Bibliographie</i>	55
TOUJOURS UTILE	55

LA VIGUEUR & HUTCHISON

141, RUE ST. JEAN 141

QUEBEC

Editeur de Musique et Importateurs
de Pianos et d'Orgues, des manufac-
tures les plus recommandables, d'Eu-
rope des Etats-Unis et du Canada.

Prix raisonnables et termes de paie-
ment faciles.

Vieux instruments pris en partie de paiement.

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

VOICI POURQUOI on devrait faire assurer sa vie

DANS LA

UNION MUTUAL LIFE INSURANCE COY' DE PORTLAND, MAINE

- 1o. Parce qu'elle possède un ACTIF bien placé de.....\$7,544,277 02
- 2o. Parce que son SURPLUS à 4½ 0/0 est de..... 984,000 00
- 3o. Parce que son DEPOT A OTTAWA est de..... 697,000 00
- 4o. Parce qu'elle transige des affaires depuis 50 ans.
- 5o. Parce qu'elle ne discute jamais ses réclamations légitimes.
- 6o. Parce que ses polices sont les plus libérales du marché.
- 7o. Parce que ses polices sont INCONTESTABLES de la date de leur émission.
- 8o. Parce que ses polices donnent droit, après TROIS ANS, aux bénéfices de la célèbre, LOI DE NON-CONFISCATION DU MAINE.
- 9o. Parce qu'elle a payé à ses assurés depuis sa fondation.....\$50,000,000,00
- 10o. Parce que le montant d'assurance en vigueur dans ses livres, est de plus de...42,000,000.00
- 11o. Parce que, sous tout rapport, la MUTUAL LIFE INSURANCE COMPANY, de Portland, Maine, offre à ceux qui veulent assurer leur vie, plus d'avantages que n'importe quelle autre compagnie.

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

GEO. P. CHATEAUVERT, Gérant

378, RUE ST-JEAN. QUEBEC

Des conditions libérales sont offertes aux agents.

J. H. E. PLAMONDON

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

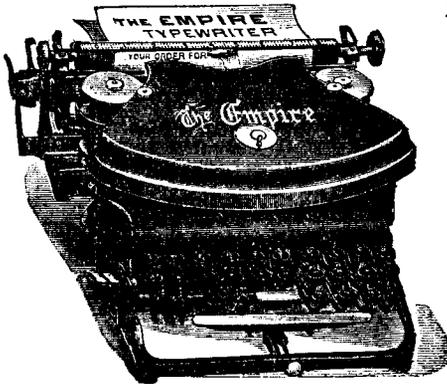


Echange et répare les serrures combinatoires.
Vitrines (Show-Cases) de toutes sortes.
Cash Register, Etc., Etc.

248, RUE ST-VALIER
ST. ROCH, QUEBEC

THE EMPIRE

MACHINE A ECRIRE



Solide et durable.

Ecriture visible.

Alignement parfait de l'écriture.

Supérieurs aux autres machines dans
plusieurs points importants.

THE WILLIAMS MFG CO. Limited

Montreal

PRIX \$55.00

J. A. LANGLOIS & C^{ES}

Agents pour la ville de Québec

177 rue St-Joseph, St-Roch

PROSPECTUS

THE ROCKWELL SALINE SALT CO.

1o. Cette Cie est formée dans le but de fabriquer et mettre en vente une préparation appelé, "ROCKWELL'S SALINE SALT."

2o. Ce sel est préparé d'après une prescription depuis longtemps reconnue comme efficace pour toute affection du foie et de l'estomac. C'est un laxatif à la fois agréable et sûr, et un breuvage rafraichissant et qui apaise délicieusement la soif. Une dose modérée prise le soir ou le matin en se levant agira très bien sur les intestins, et on peut aussi l'employer sans crainte là où il y a une trop grande abondance de bile, dans un cas de spleen, etc.

3o. ROWCKWELL'S SALINE SALT. sera annoncé par tout le Canada, principalement dans les journaux et les revues médicales.

4o. La Cie aura un capital souscrit de \$50,000.00 dont \$25,000.00 devront être payés.

5. Ce capital est divisé en 5,000 parts à \$10.00 (valeur au pair) par part.

6o. La Cie se composera d'un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier et gérant général. Elle aura aussi un gérant particulier pour annonces et un comité de directeurs.

7o. La compagnie ne devra mettre sa préparation en vente que chez les pharmaciens qui en tiendront les prix fixes à 25c et 50c la bouteille, et ce par l'entremise des droguistes qui font le commerce en gros seulement.

8o. Le trésorier et gérant général et aussi le gérant d'annonces recevront un salaire mensuel de la Cie., et serviront exclusivement les intérêts de la Cie.

9o. Un dividende annuel devra être payé aux actionnaires suivant que cette Cie. aura fait un chiffre plus ou moins considérable d'affaires par an.

10o. Tout actionnaire qui souscrira pour un nombre quelconque de parts sera tenu de payer la moitié, soit 50 o/o du montant de sa souscription sur premier avis de la direction.

Pour plus amples informations s'adresser à.

L. E. HUDON, Jr.

Clarendon Hotel

Québec.

OU QUEENS HOTEL

Montréal,

OU à J. EDMON DUBE, Ph. G.

Québec.

Promoteurs

COLLEGE DES
MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUEBEC
BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE
ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu mercredi, le 27 septembre prochain, à Québec, dans les Salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à 10 heures a. m.

Les Candidats à l'Examen Professionnel ou à la licence doivent remettre l'honoraire, \$40, entre les mains de l'un des Secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera mardi, le 26 Septembre prochain, à 9 heures a. m. ; les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'Etude. Après cette date aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel se réunira, mardi, le 26 septembre prochain, à 9. a. m.

Les Bacheliers ès-Arts, ès-Sciences et ès-Lettres qui se proposent d'étudier la médecine pourront avoir leur brevet sans examen, en se faisant assermenter sur leurs diplômes respectifs par l'un des Secrétaires, au moins huit jours d'avance.

J. P. BOULET, M. D.

Québec.

J. A. MACDONALD, M.-D.

Montréal,

Secrétaires.

Québec, 21 août 1899.

COLLEGE DES
MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUEBEC
BUREAU PROVINCIAL DE MEDECINE
EXAMEN PRELEMINAIRE

L'Examen pour l'admission à l'Ecole de la Médecine et de la chirurgie commencera jeudi, le 21 septembre prochain, à Québec, à 9 heures a. m. dans les salles de la Faculté des Arts de l'Université Laval.

Les certificats de bonne conduite ainsi que l'honoraire de l'Examen, \$20, doivent être remis au moins dix jours d'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

J. P. BOULET, M.-D.

Québec,

J. A. MACDONALD, M.-D.

Montréal,

Secrétaires.

Québec, 21 août 1899.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Québec

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL
A QUÉBEC

DOYEN

M. LOUIS-JOSEPH-ALFRED SIMARD

SECRETAIRES

M. ALBERT MAROIS

PROFESSEURS

- M. L. J. A. Simard, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Physiologie et de Pathologie générale, du cours spécial des maladies des yeux et des oreilles, ainsi que de la Clinique de ces mêmes maladies au Dispensaire et à l'Hôtel-Dieu.—Résidence rue St-Louis 48.
- M. L. CATELLIER, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pathologie externe, de Médecine opératoire théorique et de Clinique à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue Dauphine, 31.
- M. A. VALLEE, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Membre de la Société Psychologique de Paris, Membre de la Société de Médecine mentale de Belgique ; Professeur de Tocologie, de Clinique de Tocologie ; de Maladies mentales, d'Histoire de la Médecine et de Déontologie médicale, de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu et de la Clinique des enfants à l'Hospice des Sœurs de la Charité.—Résidence, rue Ste-Anne, 22.
- M. M. J. AIERN, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur d'Anatomie descriptive, de Clinique externe à l'Hôtel-Dieu et de la Clinique de la maladie des vieillards à l'Hospice Sainte-Brigitte.—Résidence, rue des Jardins, 24.
- M. E. TURCOT, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Matière Médicale et de Pharmacie pratique, de Thérapeutique générale et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue Ste-Anne, 111.
- M. M. D. BROCHU, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pathologie interne, de Pédiatrie, de Maladies nerveuses et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.—Résidence, rue St. Jean, 63.
- M. A. C. HAMEL, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur d'Histologie.—Résidence, rue Ste-Anne, 128.
- M. A. MAROIS, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Toxicologie et de Médecine légale.—Résidence, rue St-Louis, 51.
- M. S. GRONDIN, Docteur en Médecine, Professeur de Gynécologie.—Résidence, rue du Parloir 84.
- M. E. T. A. SIMARD, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Professeur d'Anatomie pratique.—Résidence, rue St-Ursule, 25.
- M. P. COOTE, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine, Professeur de Rhino-Laryngologie.—Résidence, rue Ste-Anne, 73.
- M. E. R. FORTIER, *Professeur titulaire*, Docteur en Médecine ; Professeur de Pédiatrie et d'Hygiène.—Résidence, Ste-Anne 32.
- M. A. ROUSSEAU, *Professeur agrégé*, Docteur en Médecine, Directeur du Laboratoire de Bactériologie.—Résidence, Collins, 2
- N. B. L'année académique est de 9 mois et divisée en trois termes, séparés par une vacance de quinze jours, à savoir : d'Octobre à Noël ; de l'Epiphanie à Pâques, de la Quasimodo à la fin de juin.

La rentrée des cours aura lieu le 1er octobre 1899.

Pour toutes informations s'adresser à

ALBERT MAROIS, M. D.

SECRETAIRES

51 rue St-Louis, Québec,



ŒUVRE DU PATRONAGE

DE QUEBEC

POUR L'ÉDUCATION des ENFANTS PAUVRES



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

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

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

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

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

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

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

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

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



DR. P. H. BEDARD

S'OCUPE SPECIALEMENT DU TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

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

NO. 236, RUE ST-JEAN QUEBEC

TELEPHONE 651

PHARMACIE DE LA CROIX ROUGE

J. Edmond Dubé, Propriétaire

COIN DES RUES ST. JEAN ET DU PALAIS

Telephone—Cloche de nuit—Service du dimanche

C. T. DELISLE

Pharmacien Chimiste

No. 479½ RUE ST-JEAN H.-V. QUEBEC

Prescriptions remplies avec le plus grand soin.

SERVICE DU DIMANCHE

De 11½ heures A. M. à 1 heure P. M. et de 5 heures P. M. à 7 heures P. M.

Téléphone 816

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

Téléphone 624

Service de nuit 79 rue St-Jean

J. EMILE ROY

Chimiste

81-83-85 RUE ST-JEAN, QUEBEC

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

SIROP DE GLYCEROPHOSPHATE DE CHAUX

De V. BEGUIN

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

Médaille d'argent à l'Exposition Universelle de 1889

Tonique, Reconstituant, Stimulant général du Système Nerveux.

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

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

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

ALIMENTATION DE L'ENFANT

FARINE LACTÉE RENAUX

Aliment tonique azoté le plus parfait pour l'Enfant

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

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

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

LES MEDECINS DE LA CRECHE

(Signé) NYAC. KUBORN

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

P. KUBORN

EMILE TERMONIA

Pour le gros
s'adresse à

La Pharmacie W. Brunet & Cie

143 RUE ST-JOSEPH

Quebec

A NOS LECTEURS

Le BULLETIN MÉDICAL, dont nous commençons la publication, sera adressé particulièrement aux médecins de langue française du Dominion, ainsi que des états voisins de la grande République, où les nombreux groupes de Canadiens-français qui y ont fait souche, après émigration, ont attiré depuis plusieurs années un nombre important de jeunes médecins diplômés de nos écoles de médecine.

Ce journal, pour lequel nous demandons rang dans la littérature médicale de notre Province, doit sa fondation à l'impulsion et au zèle des membres de la Société Médicale de Québec, qui a pris à cœur, dès son début, de rallier plus étroitement tous les médecins des districts avoisinants de notre vieille capitale, tout en stimulant leur ardeur pour les études scientifiques et leur zèle pour la défense des intérêts professionnels.

Ce point de départ de l'existence du Bulletin laisse entrevoir la réalisation d'un double but : il fera appel à tout ce que la profession compte ici de forces vives pour travailler, comme toutes les autres publications de ce genre, à la vulgarisation de la science et des procédés de l'art de la médecine, en tenant le praticien au courant de tous les progrès récents dans le double domaine de la théorie et de la clinique ; il travaillera de plus à établir des liens plus étroits entre tous les membres de la profession déjà plus ou moins rapprochés par la solidarité des intérêts professionnels, en leur offrant un organe où ils puissent échanger facilement leurs idées et se communiquer les faits d'intérêt scientifique que l'observation peut fournir à chacun.

Le BULLETIN sera publié sous la direction immédiate de la Société Médicale de Québec avec la collaboration active des professeurs de notre Faculté de Médecine de l'Université Laval, ainsi que de praticiens éminents de notre pays et de l'étranger.

Nous aimons à rappeler à cette occasion, que notre vieille cité de Québec, la première de ce continent, a été aussi le siège de la fondation de la première université française en Amérique. La plupart des médecins de cette partie de notre province, de même qu'un bon nombre des provinces sœurs et des centres français des Etats Unis, y ont puisé leur éducation professionnelle. De là l'idée de faire naître un journal qui, publié au foye

même et sous les auspices de leur *Alma Mater*, put offrir à tous ces divers groupes de médecins un moyen facile de renouer ou de maintenir la chaîne des relations confraternelles et des traditions scientifiques.

Le changement de milieu de la "Revue Médicale," fondée ici, à Québec, il y a deux ans, dans un même but, et que des raisons personnelles à son directeur, dont on ne saurait trop louer la généreuse initiative, ont attirée vers les horizons plus vastes de notre grande métropole commerciale, ont fait sentir davantage le besoin d'un organe intimement lié à l'œuvre de notre Société Médicale et absolument à l'abri des fluctuations des intérêts personnels.

Le BULLETIN sera un organe dont les colonnes seront ouvertes à tous les praticiens pour des travaux particulièrement utiles à la classe militante de notre profession ou pour des matières strictement d'intérêt professionnel. Nous osons espérer que les sympathies du public médical auquel nous faisons appel ne nous feront pas défaut et que nous pourrons compter largement sur le généreux concours de tous ceux qui s'intéressent au progrès et à l'influence de la médecine, au Canada.

Ce journal offrira en même temps à ses lecteurs, outre ses travaux didactiques, et sous une forme claire et précise, une revue sur tous les sujets d'intérêt pratique et d'avancement récent dans les diverses branches de la médecine : la pathologie interne, l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la chirurgie, etc. Il rendra ainsi plus facile au praticien qui ne peut consacrer de longues heures à l'étude de publications plus volumineuses ou de spécialité, la tâche qui lui incombe, vis-à-vis les graves responsabilités de la clientèle journalière, de se tenir en connaissance directe et constante avec tous les progrès et tous les développements de son art professionnel.

Les publications de langue française ne manquent pas, il est vrai, en dehors de notre district, qui soutiennent avec honneur la tâche de promouvoir les intérêts de la profession et l'avancement de la science : les raisons particulières que nous avons exprimées plus haut nous justifient, croyons-nous, de prendre place à côté de ces excellentes revues pour travailler, chacun dans sa sphère, à l'éducation commune ainsi qu'au développement et à la vulgarisation de la science médicale en ce pays.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA A INSERTION CENTRALE

PAR A. SIMARD, JNR.

Professeur à l'Université Laval de Québec.

Si le placenta prævia est toujours une complication fâcheuse de la grossesse et la plupart du temps dangereuse au premier chef, la variété centrale ou l'insertion centre pour centre est, à n'en pas douter, la plus grave et l'accident le plus sérieux que le médecin en clientèle peut avoir à combattre.

Car dans les meilleurs milieux hospitaliers, la mortalité pour les mères se chiffre de 35 à 40 0/0 et pour les enfants à peu près 75 0/0 ; ce qui est un pourcentage énorme. (*Demelin.*)

La léthalité est pourtant beaucoup plus grande encore dans la clientèle privée, alors que le praticien, en raison d'une foule de circonstances que tout le monde connaît, ne peut pas donner, d'une façon parfaite, un traitement aussi effectif qu'à l'hôpital.

Il faut bien l'avouer, il y a une grande différence entre la pratique hospitalière et la conduite que le praticien, quel qu'instruit qu'il soit, doit, ou mieux peut tenir en clientèle privée.

Le médecin de campagne, appelé souvent loin de chez lui, pour de pauvres gens où tout manque à la maison, sans aide ni conseils de confrères, laissé à ses seuls ressources, n'ayant dans sa trousse obstétricale que les instruments les plus indispensables et naturellement aucuns des spéciaux, ne peut pas vraisemblablement ordonner un traitement exempt de tout reproche tel qu'on est en droit de l'exiger dans les services les plus modernes et les mieux tenus. Lui demander une pareille chose serait injuste, et eût-il le meilleur arsenal possible, il est trop souvent matériellement empêché de suivre à la lettre une foule de préceptes, apostillés par les maîtres reconnus de la science obstétricale et cela en maintes circonstances.

Le médecin de ville lui aussi quoique généralement mieux outillé, se trouve assez souvent comme son confrère de la campagne dans des conditions analogues ; et ajoutez à cela le fait, qu'appelé à la dernière heure, il se voit placé en face de situations difficiles, périlleuses, hérissées de dangers immédiats, on comprendra que bien des moyens préconisés par les maîtres ne peuvent trouver place dans l'ordonnance d'un traitement, qui demande à être arrêté sur le champ et rapidement exécuté.

C'est au point de vue du praticien que je me place, pour tâcher d'établir le plus simple et le meilleur traitement à employer contre les dangers découlant de l'insertion vicieuse du placenta, variété centrale.

Les deux observations personnelles qui vont suivre, me serviront de base pour discuter la valeur des différentes interventions qui peuvent trouver place au cours du traitement.

I. OBSERVATION. Il s'agit d'une multipare âgée de 38 ans, à terme, ou mieux près du terme, en travail depuis quelques heures.

Depuis deux ou trois jours elle perdait, mais comme l'hémorrhagie n'était pas abondante, elle y faisait peu attention, convaincue qu'elle *marquait* et certaine que la délivrance était proche. Sa grossesse, d'ailleurs avait été traversée d'une attaque de grippe qui l'avait affaiblie et elle en avait conservé une bronchite tenace, ennuyeuse qui n'avait pas peu contribué à compléter sa débilitation. Voyant ses pertes augmenter, son médecin, mon excellent confrère V. avait institué le traitement usuel dont le repos complet et l'opium constituaient la base. L'effacement du col n'était pas encore appréciable et les contractions perceptibles absolument nulles.

Le troisième jour, les douleurs se déclarent et l'hémorrhagie reprend avec une plus grande intensité qu'auparavant; à l'examen le Dr V. constata un commencement de travail et par l'ouverture du col effacé des cotyledons placentaires dans toutes les directions.

Appelé quelques heures après, en consultation, voici le résultat de l'examen : malade pâle, anémiée, souffrant de bronchite chronique.

Palpation. Enfant en présentation du sommet, position gauche, mobile dans une grande quantité de liquide. Enfant vivant mais souffrant.

Examen direct. Col effacé, dilation de la grandeur d'une pièce de 25 centins, col dur non dilatable, placenta attaché sur le segment inférieur de l'utérus recouvrant complètement l'ouverture. On ne sent de membranes nulle part; Hémorrhagie légère mais continue.

Pouls 115; température 37.4 Peu de douleurs et surtout peu effectives.

Après une antiseptie externe parfaite et de grands lavages vaginaux au sublimé au 3000 qui dans ces cas rendent peu de services, nous appliquons un tampon antiseptiquement fait et nous attendons les événements. Naturellement on stimule la malade et on maintient ses forces.

L'application du tampon arrête complètement l'écoulement sanguin et au bout de quelques heures, les douleurs se réveillent, se pressent et le travail marche bon train.

6 heures après, le tampon est enlevé: l'hémorrhagie a été à peu près nulle, le travail de dilatation a fait malheureusement peu de progrès—l'ouverture utérine peut être évaluée à une pièce de 50 centins, col toujours dur et non dilatable.

Nous réappliquons un second tampon, pendant que tout se prépare pour une intervention prochaine.

Les douleurs ont beaucoup augmenté en intensité, l'hémorrhagie est à peu près nulle, mais la patiente présente des signes indéniables de faiblesse.

Deux heures après nous intervenons. La femme est mise dans la position obstétricale, l'antiseptie la plus rigoureuse est employée. Pas de chloroforme, la malade étant jugée trop faible.

Le col n'est pas suffisamment dilaté. Je fais la dilatation de force avec les doigts suivant le conseil de Bonnaire, puis insensiblement je réussis à introduire les doigts, puis la main complète. Je passe à travers le placenta et pratique la version.

Version facile. On prévient une syncope par décompression brusque en procédant lentement, et enfin, je retire un enfant vivant mais très affaibli.

Le placenta est extrait immédiatement. Il était attaché sur toute la partie inférieure de l'utérus, presque mathématiquement central. La malade n'a pas perdu du tout durant l'opération, la rétraction et contraction empêchent toute hémorrhagie consécutive.

Les suites sont très simples : repos, position décline, stimulants, immobilité pour prévenir une syncope possible, et insensiblement la malade se remonte et mène à bonne fin ses suites de couches.

L'enfant a vécu une heure et demie. Il a paru aller bien pendant quelques instants, mais il était visible qu'il avait souffert de l'anémie de la mère et de la longueur du travail. Malgré l'insufflation pulmonaire avec l'appareil de Ribemont il s'est éteint tranquillement.

II OBSERVATION. C'est une femme de 28 ans, multipare (4 grossesses normales) qui fait le sujet de cette observation.

Enceinte de 7 mois à 7 $\frac{1}{2}$ mois elle eut un beau soir, après une promenade un peu prolongée, une hémorrhagie assez sérieuse pour inspirer des craintes à son entourage.

Appelé quelques instants après le début de cet accident, j'ai constaté le col entrouvert sans effacement et en introduisant le doigt par l'orifice du col, je suis arrivé sur des cotylédons placentaires sans pouvoir, bien entendu, vérifier quelle variété de placenta prævia je pourrais avoir à combattre. D'ailleurs un examen prolongé et complet aurait pu occasionner un décollement plus grand et augmenter la perte sanguine.

Avec le traitement ad hoc, opiacés, repos complet, injections chaudes antiseptiques, tout est entré promptement dans l'ordre.

Mais la malade était très indocile et dès le lendemain, malgré toutes les recommandations, elle se levait et vaquait comme si rien n'était survenu, à ses occupations journalières.

Deux jours après, nouvelle hémorrhagie, assez abondante et ayant duré plus longtemps vu que la malade ne jugea pas à propos d'en parler au début, croyant fermement que tout s'arrêterait comme la première fois. Même traitement avec le même résultat. Seulement quelques jours après, la malade se croyant guérie définitivement, se mit à faire des imprudences, dont la moindre fut de coudre à la machine.

Le résultat n'a pas tardé à se montrer, et un beau matin, elle fut réveillée par une hémorrhagie des plus considérables avec contractions utérines périodiques.

Appelé de nouveau près d'elle, voici ce que j'ai constaté : femme très affaiblie, anémiée, enfant vivant en présentation instable, col effacé, dilatation pouvant être évaluée à une pièce de 10 centins, contractions régulières, col dur, placenta perceptible partout dans la lumière de l'ouverture utérine, hémorrhagie inquiétante. Traitement : tampon antiseptiquement posé. Stimulants diffusibles, position déclive de la malade. Le travail est en train, les contractions sont assez fortes et assez rapprochées, pas d'hémorrhagie.

Cinq heures après j'enlève le tampon. L'hémorrhagie a été presque nulle, mais malgré les contractions, la dilation a été très lente, l'ouverture utérine pouvant être évaluée à la grandeur d'une pièce de 25 centins, bords de l'ouverture très durs. Enfant très souffrant, cœur sourd à peine perceptible; malade faible.

Un deuxième tampon est mis en place et un confrère est demandé en consultation, pour décider une intervention qui me paraît imminente. Mon excellent confrère B. et moi convenons d'attendre quelques instants encore, tout en stimulant la malade et lui injectant du sérum artificiel.

Les raisons qui nous ont induits à attendre quelques instants encore sont celles-ci : D'abord l'hémorrhagie était pratiquement nulle, par conséquent de ce côté il n'y avait rien de bien alarmant pour le moment; puis la malade devant subir une intervention qui s'annonçait laborieuse en raison du peu de dilatation et de la rigidité de l'orifice utérin, alors qu'elle était très anémiée, il était indiqué de la remonter autant que possible pour diminuer le danger d'une pareille intervention dans d'aussi mauvaises circonstances.

Nous avons attendu une heure et comme la malade, malgré tous les traitements ad hoc ne paraissait pas vouloir en reprendre beaucoup, affaiblie qu'elle était par les hémorrhagies antérieures, nous décidons une intervention.

La malade est indocile et très sensible et à regret nous donnons le chloroforme à la reine.

L'orifice utérin est égal en grandeur à une petite paume de main, et la rigidité existe toujours. Très laborieusement, je pratique la dilation forcée, (Bonnaive) et après bien des difficultés, je réussis à introduire ma main. Le placenta est inséré partout autour de l'orifice. Je le traverse avec difficulté en raison de son épaisseur et de sa densité, et j'extrait un enfant de 38 centimètres (à peu près 7 mois) puis le placenta qui est très adhérent à la partie inférieure de l'utérus.

La malade n'a pas perdu durant l'opération, mais elle est très faible. La compression de l'aorte est faite pendant 4 heures et durant ce temps en prévenant tout mouvement de la malade qui peut occasionner une syncope mortelle, des injections de sérum artificiel, de caféine, d'éther, d'alcool à grandes doses sont administrées.

Tout paraît aller à souhait pendant quelques heures, mais insensiblement l'anémie aiguë se fait sentir et la malade succombe 8 heures après.

Il résulte de la lecture attentive de ces deux observations que l'on avait affaire à deux cas de placenta prævia à insertion centrale.

On pourra peut-être se demander s'il a été constaté que le centre du placenta correspondait au centre de l'orifice utérin, en un mot si le placenta était mathématiquement central—ce qui constitue une rareté en obstétrique. Il n'est pas nécessaire d'être aussi exclusif pour admettre l'existence du placenta inséré centre pour centre avec les conséquences spéciales qui en découlent.

Toutes les fois que les cotylédons placentaires sont attachés dans le segment inférieur de l'utérus et recouvrent complètement l'orifice *utérin*, *évasé*, de tous les côtés, il y a placenta *prævia* à insertion centre pour centre et il n'est pas nécessaire que la masse cotyledonaire soit attachée d'une manière parfaitement égale autour de l'orifice.

Il n'y avait aucun doute à avoir chez nos malades, l'examen, l'intervention, l'examen du placenta et des membranes ne permettaient pas la plus légère objection.

Ceci posé, revenons au traitement, qui en l'espèce, est le point important.

Il est facile de voir que nous avons fait choix du *tampon* comme première arme à opposer à l'ennemi.

Ce mode de traitement n'est pas admis sans conteste et nous allons tâcher de donner des raisons qui induisent à lui donner la préférence sur les autres moyens.

Prenons un premier cas, peut-être celui que l'on rencontre le plus fréquemment :

Nous arrivons auprès d'une malade qui fait une hémorrhagie—toujours inquiétante—durant l'évolution de sa grossesse. L'examen nous établit une dilatation à peine commencée, ou très incomplète, qu'allons-nous faire ?

La première chose, n'est-il pas vrai, qui se présente à l'esprit, c'est d'enrayer cette hémorrhagie qui affaiblit la malade, qui met sa vie en question, car la vie s'en va avec le sang, et c'est la première indication à remplir. Les lavages à l'eau bouillie, chaude 48°, 50° centigrades suffiront-ils ? Assurément non, car la femme est en travail, le décollement se fait incessamment, avec lui l'hémorrhagie se continue, sans que les injections antiseptiques chaudes (1/5000 sublime) puissent les arrêter en aucune manière. Faut-il faire la rupture large des membranes préconisée par l'école de Baudeloque avec le prof. Pinard comme chef, qui donne de si bons résultats dans les cas de placenta à insertion marginale ? je ne le crois pas. Il ne faut jamais perdre de vue que nous sommes en face d'un placenta inséré centre pour centre, par conséquent pas de membranes perceptibles et partant impossibilité de faire une pareille rupture sans décoller largement le placenta, et permettre une nouvelle hémorrhagie grave pendant l'intervention (l'ouverture de nombreux sinus utérins.) D'un autre côté si on perfore directement le placenta, on s'expose à déterminer une hémorrhagie fœtale par dilacération des vaisseaux émanés des artères et de la veine ombilicale.

De plus, ce qu'il y a de plus ennuyeux, c'est que très souvent, l'hémorragie contre laquelle tous nos moyens sont dirigés ne s'arrête pas par la rupture des membranes, et trop souvent, le travail ne s'accélère pas, comme cela arrive avec d'autres moyens.

Faudrait-il avoir recours à l'application d'un ballon et en particulier à celui de Champetier? Je me prononce sans hésiter pour la négative. D'abord, parce que, pour employer ce moyen de traitement il faut un outillage spécial que la plupart des médecins ne possèdent pas, et de plus, son introduction n'est pas toujours facile, souvent même très difficile, demandant de la part du praticien une expérience et une habileté qui fait défaut chez un grand nombre. Et puis, admettons que le médecin soit en état de faire l'opération sans trop de difficulté, il ne faut pas oublier que ce ballon, en tissu très mince, se brise souvent et par conséquent, il faut en avoir plusieurs à sa disposition, ce qui rend ce moyen de traitement peu pratique. Si c'était encore un moyen infaillible, mais non. Quant on peut rompre les membranes et l'introduire dans l'œuf il n'y a pas l'ombre d'un doute, qu'il peut rendre de grands services en arrêtant généralement l'hémorragie et en dilatant l'utérus en 4 à 8 heures quand il est appliqué au début du travail. Mais nous n'avons pas affaire ici à un placenta marginal avec membranes accessibles, il s'agit de combattre une hémorragie qui résulte d'un placenta attaché centre pour centre, alors que les membranes au début du travail sont loin d'être facilement accessibles, d'où presque impossibilité, sans des tentatives laborieuses et souvent dangereuses, de l'introduire dans l'œuf par une ouverture faite aux membranes. Si l'on voulait absolument user d'un tel moyen, il faudrait introduire le ballon soit directement dans l'œuf, à travers le placenta, soit entre l'œuf et l'utérus, ce qui augmenterait l'hémorragie au moins pendant la pose de l'instrument, sans compter que son maintien et gonflement en place ne seraient pas la chose la plus simple.

L'introduction directe à travers le placenta n'est pas non plus chose facile et bien pratique, ni dépourvue de dangers et pour la mère et pour l'enfant: mieux vaudrait alors faire la version de Braxton Hicks, après dilatation manuelle du col.

En somme, à moins de circonstances très favorables, cet instrument si utile dans les cas de placenta prævia, variété marginale, n'est pas très pratique ici ou mieux ne peut pas valoir, à mon avis, d'autres moyens plus simples, plus faciles à employer et qui ne demandent pas, chose capitale dans l'espèce, un outillage spécial.

Restent la dilatation manuelle préconisée par Bonnaire, et le tampon.

La dilatation manuelle d'emblée a donné de bons résultats, mais comme méthode générale elle est établie par trop peu d'observations pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause sur sa valeur ou sa supériorité. Néanmoins, il ne faudrait pas l'ignorer, car la dilatation forcée du col peut rendre de grands services lorsqu'il s'agit de préparer rapidement l'utérus à une intervention qui est urgente (*Version*).

Pratiquement, c'est le tampon, tant décrié par l'école Beaudeloque avec Pinard comme chef, coupable de tant de méfaits plus ou moins imaginaires et certainement exagérés, mais défendu ardemment d'un autre côté et conseillé par l'école obstétricale dont Tarnier et Budin sont les étoiles, qui est en définitive notre meilleure arme à opposer aux dangers du placenta prævia à insertion centrale.

Les reproches que l'on a pu faire au tampon ne sont basés que sur des exagérations et des négligences de quelques praticiens. On a dit qu'il était difficile d'appliquer un bon tampon qui soit parfaitement hémostatique, mais il saute aux yeux qu'avec un peu d'intelligence, il est non-seulement facile de placer un bouchon vaginal qui arrête complètement l'hémorrhagie, mais encore le faire tenir en place pendant les fortes contractions utérines. Je comprends qu'employé avec négligence, à la va comme je le pousse, pour avoir l'air de faire quelque chose, ce moyen de traitement est loin d'être parfait et mérite bien des reproches fondés, mais bien appliqué, ce qui est l'enfance de l'art pour un praticien intelligent et instruit, il remplit parfaitement son but. On a dit que le fait de l'enlever souvent et le réappliquer était une grande cause de desquamation épithéliale du vagin, et qu'il favorisait par cela même l'infection subséquente, sans compter que trop souvent il était lui-même un foyer de germes qui augmentait encore la chance d'infection et ce reproche était juste.

L'abus est certainement condamnable mais personne ne soutiendra qu'appliqué aseptiquement et réappliqué peu souvent, il puisse mériter le reproche qu'on s'est plu à lui faire. Jamais, au grand jamais, un tampon bien fait, judicieusement appliqué, n'a produit d'accidents, et il n'est pas juste de faire supporter à cette excellente méthode, le poids des bévues et des erreurs de jugements de quelques rares praticiens.

D'ailleurs ses avantages sont trop connus pour le faire rejeter d'emblée pour cause d'abus. Il arrête l'hémorrhagie qui est l'accident inquiétant et contre lequel nous dirigeons nos efforts et cela d'une façon indéniablement parfaite.

Quelle conduite doit tenir le praticien auprès d'une malade qui fait une hémorrhagie inquiétante? aller au plus pressé, car la vie s'en va avec le sang, parer aux dangers immédiats, n'est-il pas vrai? or le tampon est sous sa main, très rapidement il est appliqué, et le danger immédiat passé, le praticien peut se tourner et retourner, réfléchir, tracer son plan d'intervention, voir à se procurer des aides et en même temps, ce qui n'est pas indifférent, voir à remonter sa malade déjà épuisée.

Rapidité, facilité d'exécution, résultat immédiat presque toujours parfait, du moins sûrement suffisant, voilà les premières qualités du tampon, qualités indiscutables et indiscutées.

La sécurité qu'il procure n'est pas à dédaigner, car, tout le monde le sait, trop souvent le praticien arrive auprès de sa malade, quasi désarmé, et alors avec ce moyen, il a le temps de se mettre en position de faire face, dans la suite, à toutes les éventualités.

Le tampon a encore un autre avantage, qui est des plus sérieux, il réveille, presse les contractions et pendant que le médecin se prépare à faire une intervention, la dilatation marche plus rapidement, ou bien s'établit si elle n'était pas commencée effectivement et permet avant peu de temps, l'évacuation utérine qui doit terminer la médication.

En résumé, en présence d'une malade en travail avec un placenta inséré centre pour centre, il faut d'abord appliquer un tampon et quand la dilatation sera suffisante, vider l'utérus en traversant le placenta et extraire l'enfant par la version. On peut toujours, suivant les circonstances, aider l'opération, en dilatant l'utérus par la dilatation manuelle de l'orifice.

IIe cas. La dilatation est complète ou suffisante à l'arrivée du médecin, il n'y a pas à hésiter un moment, il faut terminer l'accouchement en extrayant l'enfant par la version. Tout le monde est d'accord sur ce point, qui d'ailleurs, ne souffre pas de discussions.

IIIe cas. Si le médecin se trouve en face de malades arrivées au dernier degré de l'anémie aiguë, que faut-il faire? c'est réellement embarrassant à décider.

Il n'y a pas de doute que la terminaison de l'accouchement est absolument indiquée, mais il y a grand danger de voir mourir sa malade par le moindre choc opératoire.

Deux alternatives peuvent se présenter; si l'hémorrhagie continue, comme la moindre perte de sang peut terminer très rapidement la scène, il faut, je crois, braver le danger, faire la dilatation manuelle et extraire au plus vite l'enfant, par la version.

Si au contraire, l'hémorrhagie était nulle, la conduite suivie par Maygrier dans un cas semblable, paraît être la meilleure au moins très judicieuse.

Mettre un tampon et par un traitement général des plus énergiques, remonter la malade pour lui permettre de supporter avec un minimum de danger, les risques d'une opération. (Version.)

Le traitement général usité dans de pareils cas, est connu de tout le monde, et je ne fais qu'en indiquer les grandes lignes: alcool à grandes doses, serum artificiel, injections d'éther, position déclive, ligature alternative des membres, immobilité absolue de la malade, etc.

Maintenant doit-on donner du chloroforme ou de l'éther pendant l'opération de l'extraction?

La plupart des auteurs se prononcent pour la négative, et je me range à leur avis, car il n'y a pas l'ombre d'un doute, que les inhalations de chloroforme et d'éther, augmentent les chances de syncope et c'est une bonne raison pour en rejeter l'usage.

Pour notre seconde malade, nous avons administré le chloroforme qui n'a pas eu un mauvais effet. Mais je dois dire que nous avons été forcés de le faire en face de l'indocilité incontrôlable de la malade et je suis loin de le conseiller; car si dans cette circonstance, il n'y a pas eu d'accidents, ce n'est pas une raison de supposer que son inoquité soit complète, loin de là.

En terminant, je veux faire ressortir deux choses qui, pour moi, sont capitales.

Il est très important en pratique, d'avoir clairement à l'esprit, le moyen à employer contre de telles complications, car le praticien, qui n'a pas sa religion faite sur plusieurs traitements, perd un temps précieux à tergiverser, à essayer de petits moyens, à tatonner alors qu'il y a urgence d'user de sa meilleure arme, la seule qui peut sauver une malade toujours en grands dangers immédiats par le fait de l'hémorrhagie.

Le tampon est un moyen très efficace, simple, facile d'application, toujours sous la main : qu'il soit le premier traitement institué, et s'il est bien fait, antiseptiquement appliqué, les dangers immédiats seront écartés et le praticien aura le temps de tracer son plan d'intervention et de voir à le mener à bonne fin.

DR. ARTHUR SIMARD.

Quelques rapports de cas personnels, traités avec succès par l'électricité

Par le Dr. Charles Verge, de Québec.

OBSERVATION I : *Dysménorrhée avec ménorrhagie. Guérison complète après quinze applications des courants continus.* Melle W., 23 ans, vient me consulter le 16 mai 1898. Menstruation très irrégulière, extrêmement douloureuse, avec crises ménorrhagiques fréquentes, depuis 5 ans. Pendant les deux dernières années surtout, la patiente se voit forcée de garder le lit à chaque période cataméniale et cela pour plusieurs jours consécutifs. La souffrance est alors telle que les injections morphinées répétées deviennent de rigueur. Tous les traitements médicaux et gynécologiques ordinaires, autres que l'électrothérapie, ont été préalablement employés, et comme la malade appartient à un excellent milieu, on n'a pas lésiné sur les différentes formes de ceux-ci. Pour n'en nommer que quelques-uns : le viburnum, le fer, les arsenicaux, le manganèse, les toniques les plus en renom, les injections locales tièdes médicamenteuses, la dilatation mécanique du col avec curetage utérin, enfin le massage ont été successivement mis à contribution dans ce cas particulier, mais sans résultat durable. Je dois dire que le curetage a temporairement réduit l'hémorrhagie, mais n'a aucunement affecté les autres symptômes. L'apparence extérieure de la patiente indique une anémie assez profonde ; et en effet, à l'hémoglobinomètre de Gower, le pourcentage d'hémoglobine est fortement réduit, la teinte indique comme moyenne environ 60 o/o audessous de la normale. Ceci s'explique facilement malgré les conditions de parfaite hygiène et de confort où vit cette jeune fille, par la grande débilitation de son organisme, par la ménorrhagie et la douleur combinées. A part l'utérus, tous les organes abdominaux comme thoraciques, sont très sains, aucune tare ou hérédité nerveuse, tuberculeuse ou cancéreuse. Les règles se sont établies d'abord à l'âge de 14

ans, normales et régulières jusqu'à 17 ans, où les premières manifestations de dysménorrhée apparurent sans cause autre qu'une légère anémie. Le toucher révèle une cavité cervicale un peu tortueuse, rétrécie, quoiqu'il n'y ait aucune déviation utérine proprement dite.

J'applique la sonde-électrode, pôle négatif, qui immédiatement et facilement, avec un courant direct de 10 à 12 milliampères, permet l'introduction à 4 centimètres, ce à quoi l'hystéromètre ordinaire de même courbe et diamètre, venait de se refuser absolument. Il est bien connu maintenant en électrothérapie que le pôle négatif a une influence dilatatrice spéciale. Les applications, d'une intensité moyenne de 20 à 30 milliampères aux séances suivantes, ont été espacées à deux la semaine, d'une moyenne durée de 10 minutes chacune, avec intermittences positives (à l'électrode utérin), cette dernière forme de polarité paraissant agir plus efficacement contre le symptôme menorrhagie lui-même. J'ai même donné dans le présent cas, avec ce renversement particulier de polarité, jusqu'à 35 milliampères sans ne provoquer jamais plus qu'une légère sensation de brûlure chez ma malade. Il va sans dire que je me sers toujours d'une sonde intra utérine parfaitement isolée jusqu'à peu près un centimètre du rebord à l'extérieur du bourrelet cervical.

Trois semaines après la première séance la malade revoit ses règles, sans être obligée cette fois de prendre sa chambre; la durée et la quantité sont normales, les douleurs sont déjà très peu accusées. La menstruation se régularise dès la période suivante, toute souffrance a disparu et la guérison est devenue, j'oserai dire complète, dès ce moment, c'est-à-dire après quinze applications galvaniques faites de la manière citée plus haut. La tortuosité et la sténose ont aussi complètement cédé devant le traitement.

Quelques bains statiques, régulièrement espacés, d'un quart d'heure chaque, ont vite eu raison par leur profonde action sur la nutrition cellulaire, de l'état d'anémie. La malade se déclare alors naturellement des plus satisfaites; mais ce qui est encore plus satisfaisant c'est qu'un an après le traitement, j'avais le plaisir de constater que cet état normal s'était parfaitement maintenu.

OBSERVATION II. Mme S., de Montréal, m'est envoyée par M. le Dr. Sewell pour une *névralgie faciale invétérée* datant d'environ un an. Toute la pharmacopée a été touillée et expérimentée inutilement dans l'espoir d'une guérison. Traitement: Douches (souffle négatif) statiques pendant dix minutes, réparties sur toute la surface douloureuse au moyen de la «couronne», chaque jour. Résultat: amélioration marquée dès la seconde application, disparition graduelle des phénomènes jusqu'à succès entier au bout de onze séances. La malade m'écrit trois mois après que les attaques ne sont pas revenues.

OBSERVATION III: Melle L., *incontinence d'urine* depuis environ deux ans. Belladonne, Bromures, Ergot, strychnine, diète sèche, dilatation forcée du col vésical, etc., ont été tour à tour employés mais inefficacement.

Faradisation du sphincter vésical au moyen de sonde olivaire, interruptions lentes du courant induit; séances quotidiennes de dix minute-. Guérison parfaite et maintenue au bout de huit applications.

Qu'on me permette ici de tirer quelques conclusions des observations précédentes. L'étude de l'électrothérapie s'impose de plus en plus, et le praticien n'a pas le droit de rester indifférent aujourd'hui aux indiscutables résultats obtenus, tant en Amérique qu'en Europe, grâce à ce mode spécial de traitement. Depuis le temps de Duchesne de Boulogne et depuis même les débuts d'Apostoli, quels immenses progrès l'électricité médicale n'a-t-elle pas faits? Et quel perfectionnement, à mesure que se découvrent les ressources variées que nous fournissent ses innombrables modalités, n'a-t-elle pas atteint? Qui, par exemple, oserait nier maintenant la supériorité absolue du courant statique dans la chorée, l'hystérie et ses manifestations, la neurasthénie, les diverses formes de névralgie, l'auémie, le lumbago, le torticolis, les myalgies etc.,? et les succès de la galvanisation contre le goitre, la dysménorrhée, les hémorrhagies utérines, l'arthritisme sous toutes ses formes, puis son action indéniable, curative, sur les corps fibreux et les endométrites surtout hémorrhagiques et catarrhales? Cette puissance thérapeutique de l'électricité s'affirme chaque jour davantage, et espérons que bientôt on ne verra plus de médecin avoir des connaissances au-dessous de celles d'un infirmier en face d'un appareil d'électrothérapie. Le premier cas rapporté en tête de ces notes est particulièrement intéressant pour le praticien. En effet, le traitement électrique de la dysménorrhée est de nos jours pratiqué sur une grande échelle. Les moyens ordinaires employés pour guérir cette maladie, d'ailleurs si répandue, ne donnent pas de fréquents succès; l'électricité a l'avantage de ne pas mutiler la malade, d'être sans danger, de ne pas nécessiter l'anesthésie, et de fournir le plus souvent des guérisons. L'intensité aurait pu être poussée sans inconvénient et avec tolérance du sujet, jusqu'à 50 et 60 milliampères, eu égard au peu de résistance comparative de la muqueuse et même du parenchyme utérins, résistance déjà abaissée pathologiquement dans le présent cas. Au fait, elle n'est au plus que de 600 à 700 ohms tandis que la résistance normale cutanée est estimée à environ 3000 ohms.

53, Ste-Ursule, août 1899.

RAPPORT SUR LA FURONCULOSE DU CONDUIT AUDITIF

PAR DELSAUX ET BEYS

Fait à la Société Belge d'Otologie et de Laryngologie

Pathogénie et traitement. Si l'on tient compte de la localisation presque unique du furoncle, le territoire pilo-sebacé, on pourrait le définir avec précision: une peri-folliculite à tendance gangréneuse.

Le furoncle est caractérisé au début par une inflammation intense du derme qui entoure le follicule pilo-sébacé. La cavité du follicule lui-même est dilatée, et remplie de masses caséuses purulentes et de cellules cornées.

Plus tard le phlegmon envahit le tissu conjonctif lâche qui entoure le follicule, tissu qui se nécrose comme le follicule et sort avec le bourbillon final. Le microbe habituel du furoncle est le staphylocoque. Si d'autres microbes peuvent en être la cause, ce n'est qu'à titre d'exception.

Par quelle voie se réalise l'infection ?

C'est par la surface cutanée qu'elle se produit en général, quoique l'apport du microbe par le sang et la lymphe soit possible et admis par quelques-uns.

Les faits cliniques semblent démontrer que la pénétration du microbe dans le derme se fait le plus souvent par le col du follicule, sans qu'il y ait eu au préalable d'infection épidermique : pustule d'impetigo, etc., comme le prétend Nuna.

Les actions mécaniques, les frictions, qui sont du reste rarement en question, peuvent aider le microbe à pénétrer dans les pores folliculaires : mais elles sont incapables de le pousser plus avant.

Force est donc d'admettre l'intervention d'éléments plus efficaces et d'une action plus constante.

Ils s'expliquent sans aucun doute par la défaillance des actions normales de défense que l'appareil pilo-sébacé, comme tout organe vivant, oppose à l'intrusion du microbe.

Cet appareil doit disposer de plusieurs moyens protecteurs.

Tout d'abord, il tâchera sans doute d'éliminer l'intrus, en le refoulant au moyen de sa sécrétion sébacée dont la rétention est quelquefois l'origine d'un furoncle. Remarquons que les glandes cérumineuses s'associent peut-être à la même fonction éliminatrice ; celles-ci ne sont pas, en effet, toujours indépendantes, même chez l'adulte, du follicule pileux.

Puis au rôle mécanique, s'ajoute l'intervention chimique possible de la sécrétion glandulaire. Rien ne démontre en effet que le sébum, ce produit chimiquement non défini, favorise le développement du staphylocoque doré ; et si l'on trouve de nombreuses bactéries dans le cérumen du conduit, dans l'enduit sébacé de la peau, il faut remarquer que ce sont là des produits altérés et mélangés d'éléments étrangers ; et nous devons au contraire croire à la possibilité d'une action de défense contre l'invasion staphylococcique due à la constitution chimique du sébum normal peu compatible avec la vitalité de ce champignon. Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'elle suppose aux glandes sébacées une vertu reconnue réelle pour les autres glandes tégumentaires (glandes des muqueuses).

Moins discutable est la valeur des cellules vivantes comme éléments de résistance à l'infecton microbienne ; cellules représentées par l'épithélium folliculaire et glandulaire et par l'ensemble des cellules mésodermiques fixes et mobiles, qui enveloppent le follicule pileux.

Pour qu'il y ait furoncle, il faut que le staphylocoque, introduit dans le canal folliculaire, perce l'enveloppe épithéliale, se répande autour et force la résistance des tissus environnants.

Une fois formé, le furoncle se propage avec une grande facilité; la virulence du coccus se trouve alors exaltée; sa diffusion est favorisée par les démangeaisons qui accompagnent le furoncle; il trouve même dans l'action irritante de certains agents thérapeutiques un puissant mode de diffusion. En outre, la résistance vitale des tissus a pu être diminuée par certaines conditions internes morbides mal définies; dyspepsie, hémorrhoides, diabète, albuminurie, conditions qui favorisent singulièrement l'établissement de la furunculose.

En résumé, le furoncle est dû : 1o. A la pénétration dans le derme d'un staphylocoque ;

2o. Cette pénétration se fait normalement à travers les interstices pileux ou glandulaires, rarement à travers l'épithélium érodé.

Traitement. Des deux conclusions précédentes, il découle que, dès l'apparition du furoncle, il importe de nettoyer et dégraisser la peau; faire un savonnage prolongé, laver à l'eau, puis à l'alcool. C'est la première des mesures abortives à employer et à ce point spécial la teinture d'iode est de pratique habituelle.

Pendant la période d'état, les pulvérisations phéniquées à 1/100, les cataplasmes modernes au sublimé à 1/4000 hâteraient la maturation.

Si la douleur prédomine il faut inciser soit au bistouri, soit au galvano cautère. Il faut peu compter sur l'anesthésie locale qui est illusoire en l'espèce.

Une fois l'incision pratiquée, il faudra redoubler les pulvérisations antiseptiques et les lavages de la peau à l'alcool boriqué à saturation, pour empêcher la production par le pus de nouveaux furoncles. Les pansements ouatés antiseptiques seront très fréquemment renouvelés. Tel es. le traitement local.

Le traitement général de la diathèse furonculeuse, guidé par une analyse minutieuse des urines, s'adressera à la diabète, à l'arthritisme, etc.

De toutes façons il faudra retrancher l'alimentation trop stimulante, les corps gras, les boissons fermentées.

Les purgatifs répétés, à petite dose, sont recommandables et surtout efficaces si on leur associe une médication intestinale antiseptique.

Nous reviendrons sur ce traitement dans un prochain numéro.

L. N. J. F.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

RAPPORT DES QUATRE DERNIÈRES SEANCES

Elles sont toutes quatre présidées par M. le président, le Dr Ahern.

Les discussions fort instructives qui en font les frais seront publiées dans LE BULLETIN MEDICAL.

Qu'il suffise de les mentionner pour le moment.

1o. Discussion sur trois cas de placenta prævia par MM. Les docteurs Ahern, Simard, Gingras, Faucher, Brochu.

2o. Traitement de la fièvre typhoïde par l'acide borique, Docteurs Dorion et Ahern.

3o. Observations cliniques sur la fièvre urineuse (Drs Simard, Brochu, Ahern, Paquin, Faucher).

4o. Observation clinique de la dilation de l'estomac, Drs. A. Rousseau Brochu, Ahern, Paquin, Marois.

5o. Production de pièces pathologiques. Dr. Lavoie de Sillery.

7o. Monstruosité foetale. Dr. Dorion.

9o. La dernière seance avait été spécialement convoquée : Io en vue du projet de loi électorale préparée par le collège des Médecins sur la répartition des gouverneurs.

2o. Pour s'occuper de l'opportunité de fonder un journal de médecine à Québec.

L'historique de la première question est faite par le Dr. Faucher. Après avoir démontré jusqu'à quel point ce nouveau projet de loi est préjudiciable aux intérêts du district de Québec il propose secondé par M. le Dr. Vallée une motion allant à dire que toutes les choses devraient rester dans le statu quo, que la profession dans notre district n'était pas préparée pour ce changement, et que le mode d'élection par district devrait se faire selon les divisions suivies pour les fins judiciaires et non réparties d'après la population médicale.—Adopté.

On passe ensuite à la question du journal.

MM. les Drs. Paquin et A. Simard énumèrent les principales raisons qui peuvent engager les médecins de notre district à travailler au succès de cette œuvre que Québec attend depuis longtemps déjà.

Se basant sur un des articles du règlement, le Dr. Paquin propose secondé par les Drs. Simard et P. V. Faucher :

Que la Société Médicale se déclare en faveur de la fondation d'un journal de médecine à Québec et qu'elle nomme un comité pour s'occuper de cette importante question.—Adopté.

MM. les Docteurs A. Vallée, M. Ahern, M. D. Brochu, Albert Marois, C. R. Paquin, P. V. Faucher, Arthur Simard, R. Fortier, F. X. Dorion, Albert Jobin et L. N. Fiset sont unanimement élus membres du dit comité

Huit jours après, le comité faisait rapport que tous ses travaux préliminaires étaient terminés et que la profession à Québec avait son organe dans "Le Bulletin Médical"; que ce journal était devenu la propriété d'un certain nombre d'actionnaires (tous des membres de la Société Médicale) incorporés sous le nom de "La Cie du Bulletin Médical de Québec". Le comité ajoutait de plus que les dits actionnaires réunis en assemblée générale avaient choisi (au bulletin secret) un bureau de direction composé de 9 membres et un comité de Rédaction composé de 22 membres.

BUREAU DE DIRECTION

M. Ahern, Président.

M. D. Brochu, Vice-Président.

F.-X. Dorion, Secrétaire-Trésorier,

Chs. Verge, Assistant Secrétaire-Trésorier.

Albert Marois, P. V. Faucher, C. R. Paquin, Art. Simard,
Réné Fortier.

COMITÉ DE RÉDACTION

M. Ahern,	A. G. Belleau,
M. D. Brochu,	L. Gatellier,
P. Coote,	F. X. Dorion,
L. N. Dussault,	P. V. Faucher,
L. A. J. Fiset,	R. Fortier
L. O. Gauthier,	S. Grondin,
A. Hamel,	Alb. Jobin,
Alb. Marois,	C. R. Paquin,
A. Rousseau,	L. J. A. Simard,
Art. Simard,	Edwin Turcot,
Art. Vallée,	Chs. Verge.

MM. les Drs C. R. Paquin et P. V. Faucher sont unanimement choisis secrétaires de la rédaction.

Des remerciements sont votés au comité qui a présidé à l'organisation, et la séance est ajournée au mois de septembre.

C. R. PAQUIN
Secrétaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE QUÉBEC

La prochaine réunion de cette société aura lieu le 28 septembre à 8½ heures P. M. à l'Université-Laval.

C. R. PAQUIN,
Secrétaire.

REPRODUCTION**Ophtalmologie.****DU MODE DE DÉVELOPPEMENT DES CONJONCTIVITES**

PAR L. DE WECKER

LA CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (Janvier 1899)

Si on se reporte aux très précieuses recherches bactériologiques concernant les diverses formes aiguës de conjonctivites, il ne peut plus exister le moindre doute qu'elles sont engendrées par une infection due à des microbes (bacilles, diplobacilles, gonocoques, ect.) et que la forme de l'inflammation dépend généralement de la nature du microbe transporté sur la conjonctive, qu'il agisse isolément ou conjointement avec ceux dont la muqueuse est habituellement le siège.

Le transport par voie ectogène est évidemment la forme usuelle, et dans cette étude nous pouvons faire abstraction des conjonctivites à pneumocoques qui, chose fort problématique, seraient dues à une auto-infection, ou infection endogène, d'après Morax et P. Petit.

Le clinicien, il faut bien l'avouer, n'a guère bénéficié encore de ces recherches bactériologiques au point de vue de la thérapeutique, sinon qu'elles ont consacré les anciens remèdes, comme le sulfate de zinc et le nitrate d'argent. Il serait pourtant à désirer que l'on pût tirer directement profit de si importants travaux, et je pense qu'on y arriverait en étudiant avec soin le mode de développement des conjonctivites à microbes divers.

Un point qui, comme clinicien, m'avait particulièrement frappé, c'est que ceux qui, dans leurs recherches bactériologiques, avaient constaté pour certaines conjonctivites un microbe spécifique, se trouvaient amenés, comme Sattler pour le catarrhé conjonctival subaigu, à nier une contagiosité que

la propagation dans les familles, les lycées, etc., avait pourtant suffisamment mise en évidence. Aujourd'hui encore, les bactériologistes qui s'occupent des inflammations conjonctivales ne se heurtent-ils pas tous à une très grande difficulté lorsqu'ils s'agit de démontrer expérimentalement la spécificité des divers microbes de la conjonctive, au moyen des inoculations?

Aussi n'existe-t-il aucun doute pour moi que l'évolution d'une conjonctivite par le transport direct du microbe sur la conjonctive doit être chose exceptionnelle, et que la transmission doit se faire d'une autre manière.

Prenons comme exemple l'infection la plus redoutable, celle des yeux du nouveau-né. L'enfant, en franchissant le vagin, toujours plus ou moins infecté, ne tient pas seulement ses yeux fermés, mais il enroule même en dedans les bords palpébraux qui, de cette façon, ne se trouvent pas contaminés et ne peuvent recueillir des matières infectées sur la conjonctive, lorsque l'enfant ouvre les yeux.

Je ne veux pas nier qu'une infection directe (par l'emploi du forceps ou les mains) ne puisse s'opérer, et, malheureusement les ophtalmologistes ont presque tous l'occasion d'expérimenter sur eux-mêmes ce genre d'inoculation, consécutivement à la projection d'une gouttelette de sécrétion dans leur cul-de-sac conjonctival. Mais toute autre alors est la façon dont éclate chez eux l'ophtalmie. Il ne se passe pas vingt-quatre heures avant que les souffrances et la sécrétion ne se manifestent, tandis que, chez le nouveau-né, l'ophtalmie, pour évoluer, prend au minimum deux, et en général trois à quatre jours.

Quelle conclusion devons-nous tirer de ces faits? C'est que l'inoculation du pus vaginal ne se fait pas directement sur la conjonctive, mais provient de la contamination des paupières. La question n'est donc pas, dans les maternités et en général après chaque accouchement de désinfecter la conjonctive des nouveau-nés. Pourtant je ne regarde nullement cette désinfection comme nuisible, car parler de conjonctivite traumatique pour une instillation d'une faible solution de nitrate d'argent, il y a là certes une exagération notoire, et ce cliché est bien usé. D'ailleurs, il est bien difficile de déraciner un préjugé, et on sait combien il répugne aux mères de "toucher aux yeux d'un petit être", car c'est un principe que toute souffrance, si minime qu'elle soit, doit lui être évitée à son entrée dans la vie.

Mais s'il est peu pratique, d'une diffusion et d'ailleurs d'une *inutilité absolue*, de vouloir systématiquement désinfecter d'une façon directe la conjonctive des nouveau-nés, par contre, on peut dire que ce qui fera cesser les trop fréquents désastres encore occasionnés par l'ophtalmie des nouveau-nés, c'est la *désinfection immédiate et énergique des paupières*, surtout si l'on a rigoureusement insisté sur la désinfection de la parturiente.

A ce sujet, nous recommandons: 1^o Au moment où l'enfant abandonne la mère, de désinfecter soigneusement les paupières et le voisinage des yeux (commissures externe et interne) avec un tampon de ouate trempé dans une solution à 1 p.100 de cyanure ou d'oxycyanure de mercure: 2^o

d'éviter soigneusement tout contact des yeux avec l'eau qui sert pour le bain ;
3o de procéder une fois l'enfant débarbouillé et séché à une nouvelle et dernière désinfection avec la solution mercurielle.

Je ne crois pas m'éloigner de la vérité en affirmant que les sages femmes infectent plus souvent les nouveau-nés que les mères contaminées ne le font elles-mêmes. Il paraît que chez les peuplades sauvages, où presque aucun soin de nettoyage n'est donné aux enfants les ophthalmies et les cas de cécité par ophthalmie purulente sont moins fréquents que dans certains pays dits civilisés. Des statistiques dressées par nos confrères africains pourraient ie nous donner des renseignements précieux et précis.

Ayant avancé que ce n'est pas la sécrétion vaginale directement introduite dans les yeux, mais bien celle déposée sur les paupières qui provoque l'ophthalmie, après avoir été entraînée dans les yeux, on pourrait peut être me trouver en contradiction avec moi-même lorsque je dis que les enfants qu'on ne lave pas après la naissance sont moins souvent infectés. Cette contradiction apparente cesse si l'on songe que, grâce à l'enroulement des paupières pendant l'accouchement, ce n'est pas le voisinage direct des yeux qui se trouve exposé à la contamination, mais seulement l'alentour, et que ce sont les nettoyages et baignades des nouveau nés qui infectent le bord palpébral, et consécutivement la conjonctive.

Je m'occuperai, dans une seconde étude, de la propagation des catarrhes conjonctivaux.

MALADIES VÉNÉRIENNES

LA GOUTTE MILITAIRE.

(M. L. Julien, chirurgien de Saint Lazare.)

Nous allons nous occuper aujourd'hui d'un mal redoutable. Il l'est par son nom mystérieux, d'un sens inexpliqué, et les hommes ont peur du mot, sans savoir au juste ce qu'il représente, et sans se douter du comment et du pourquoi, si bien qu'ils en subissent l'obsession ; « Un bon nosographe, a-t-on dit, devrait classer la goutte militaire parmi les maladies mentales ». Il l'est en réalité par ses effets, en ouvrant pour ceux qui en sont atteints un avenir de complications urinaires, et pour celles auxquelles ils peuvent le transmettre, en les livrant à toutes les incertitudes du péril gynécologique.

Il l'est par sa durée, pour ainsi dire indéfini ; Ricord vit en 1845, un malade dont l'infirmité avait débuté à l'époque de la petite paix d'Amiens, soit en 1805. Enfin il l'est par sa résistance à notre thérapeutique, car aujourd'hui encore et malgré tous les progrès modernes, il y a des gouttes militaires que nous renouons à guérir.

La goutte militaire est une blennorragie chronique ou blennorrhée, ou du moins un paragraphe de ce grand chapitre des blennorragies chroniques que nous sommes obligés de passer en revue pour la bien connaître.

Un écoulement est dit chronique quand les phénomènes aigus ayant pris fin, il se prolonge au delà du terme habituel de la guérison, tout en restant susceptible de repasser à l'état aigu sous l'influence d'une excitation momentanée. L'insuffisance aussi bien que l'excès du traitement, en peut être cause. Certains sujets traités par les anti-phlogistiques, crèveraient indéfiniment si l'on ne modifiait pas cette thérapeutique; Diday parle d'un malade qui coula ainsi pendant 16 mois. Mais un plus grand nombre arrive au même résultat par des traitements désordonnés, en s'injectant à tour de bras, en se gorgeant de balsamiques sans aucune méthode; voilà la véritable origine des gouttes militaires. Ajoutons l'hygiène mauvaise. Bien peu savent se plier aux abstinences nécessaires, se priver de vin, de bière, d'alcools, ou s'éloigner des causes d'excitations vénériennes. A peine la chandepisse apaisée, ils redeviennent coureurs, fréquentent les femmes ou se livrent à masturbation prenant ainsi leur revanche des privations forcées pendant les premières semaines; un reste d'inflammations entretient souvent sous le canal un chatouillement provocateur qui ne nuit pas à l'organisme, au contraire. Au dire de quelques-uns l'urétrite est même une bonne affaire à ce point de vue et ils regretteraient de s'en guérir, toujours est il que cet *éréthisme* rend presque impossible de les en débarrasser. Je n'en veux pour preuve que les difficultés que nous rencontrons pour le traitement chez les jeunes mariés, ceux qui ont vu une blennorrhagie mal éteinte se rallumer dans les ardeurs des premiers jours; comme ils ne peuvent faire lit à part, ils vivent dans un état d'excitation qui rend le plus souvent illusoire notre plus ingénieuse thérapeutique.

Il convient également de faire tenir une grande place à la *question de terrain*, et cela est si vrai que les sujets de même origine, les frères par exemple rencontrent ces mêmes obstacles pour leur guérison. Scrofuleux, herpétiques ont tendance à suppurer, et l'arthritisme, qu'on a si justement dénommé diathèse congestive prolonge ou réveille les catarrhes muqueux; les hémorroïdes anales, indices fréquents d'hémorroïdes uréthro-*vésicales*, out, à n'en pas douter, une très grande influence sur le cours des urétrites. J'ai pu surprendre cette hybridité chez un malade qui depuis 8 mois, souffrait des suites d'une blennorrhagie. Je m'étais assuré qu'il n'avait aucun retréissement, et je ne savais comment m'expliquer l'éternité des filaments et de la cuisson spéciale au moment de la miction, quand l'examen des urines me révéla une surabondante élimination d'acide urique, d'urate et d'urée. En même temps une crise hémorroïdaire survint, amenant une recrudescence de tous ces symptômes, puis cessa en les amendant, si bien que les rapports de cause à effet ne pouvaient être douteux. J'ajoute enfin que le traitement spécialement dirigé contre la dilatation congestive de l'élément veineux du petit bassin devait amener une très rapide amélioration et enfin la guérison.

Les *lésions* de l'urétrite chronique ne furent bien connues que de nos jours. Il fallut d'abord renoncer aux vieilles légendes, aux carnosités, caroncules, chairs exubérantes, abcès, pertes de substance des anciens auteurs, et même aux granulations et aux polypes de quelques modernes

Avec l'école du Midi, la question se précise et le mot sclérose est prononcé, Ricord établit la diminution du canal dans son calibre et dans son étendue en largeur et en longueur. Plus tard la thèse de Jamin marque une étape importante en localisant le processus de l'inflammation chronique dans le cul de sac du bulbei, ce qui expliquait bien l'apparition spontanée de la goutte au meat, mais ce qui ne rendait pas compte de tous les symptômes les travaux ultérieurs de l'école de Necker avec Hallé et Wassermann, et de l'école de Vienne avec Finger prouvèrent la fréquente participation de l'urètre postérieur, les cicatrices, les brides, les valvules, les végétations, déformant ou obstruant le veru-montanum et déviant les canaux éjaculateurs au point de diriger leur jet du côté de la cavité vésicale. Sur 31 cas, Finger trouve le canal antérieur atteint 24 fois, et le canal postérieur 11 fois. En somme le processus est généralisé mais s'accuse par la formation de foyers disséminés dans toute la longueur de l'organe, dans des lieux d'élection que les fonctions rendent plus vulnérables, fosse naviculaire, angle pénien, région prostatique

En ces points, les glandes, dont les orifices sont visibles à l'œil nu, s'infiltrent, la muqueuse devient rouge et succulente, avant d'arriver à l'atrophie scléreuse, à la xérose comme disent les Allemands. Il est beaucoup plus rare d'assister à une sorte de *sclérose totale* du canal ou de sclérome; j'ai eu pourtant l'occasion d'observer un cas de ce genre: aucun rétrécissement localisé, mais du meat au col, l'urètre était semblable à un étroit tuyau de caoutchouc revenant sans cesse sur lui-même, en donnant à la soude une impression de sécheresse toute particulière.

Au point de vue histologiques, nous noterons des particularités sur les quelles j'appelle votre attention, en ce sens qu'elle donne la clef des symptômes. C'est d'abord à la surface l'*altération de Neelsen*, qui, le premier, a bien décrit la disparition de l'épithélium cylindrique et sa transformation en pavimenteux. En d'autres termes la muqueuse se cutanise; ne vous semble-t-il pas que ce phénomène généralisé explique clairement le cas de sclérose totale que je viens de vous relater; quand l'infiltration est récente, une seule couche de cellules plates polygonales se rencontre; à un degré plus avancé une tache blanche se voit à la surface, attestant la présence de couches multiples à cellules plates et enfin la vraie callosité décèle un tégument franchement malpighien avec: couche coruée, couche granuleuse à éiéidine, corps muqueux et couche cylindrique. Le stratum conjonctif ne reste pas indifférent au processus. Je vous ai montré, dans une précédente conférence, le gonocoque pénétrant à travers les couches épithéliales, dissociant le ciment qui les unit, et s'infiltrant jusqu'au chorion. Cette migration qui date des premières heures de la maladie, suffit à provoquer une diapédèse importante, puis une infiltration de jeunes cellules qui peuvent ne pas subir tous les phénomènes de la résorption; elle se joint à celle qui part de chaque glande infiltrée, devenue elle-même un foyer d'où rayonne l'inflammation.

Aussi ne sommes vous pas étonnés de trouver plus tard des cellules fusiformes en voie de formation cicatricielle au milieu des restes des leuco-

cytes extravasés. Plus profondément encore, les tissus érectiles sont intéressés. Les parois des aréoles s'infiltrent; les trabécules s'épaississent, les espaces lacunaires se combleront à l'heure des proliférations, pour s'effacer plus tard quand s'établit le processus cicatriciel. On voit alors des zones de tissus opaque rétractile parsemer le corps spongieux, et cette *spongite* est elle-même une occasion nouvelle de stricture, en même temps qu'elle trouble l'érection contribuant ainsi pour une bonne part à deux conséquences ultimes redoutés: le rétrécissement et l'impuissance.

Si je me suis bien fait comprendre vous avez saisi la genèse du rétrécissement à ses premiers débuts, en pleine phase aiguë. Le gonocoque seul en est responsable. Naguère encore, l'opinion voulait qu'une inflammation lente de l'urètre, quelle qu'elle fût, fournît la cause ordinaire des angusties. Les travaux de Neisser et de son école, de Guiard, nous imposent aujourd'hui une manière de voir toute différente et nous empêchent d'associer les processus de l'urétrite chronique et de la sclérose. Nous pensons que le gonocoque qui transforme l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, jouit aussi de la propriété sclérosante, et plusieurs faits viennent confirmer cette nouvelle interprétation.

D'abord, il est reconnu que les urétrites non gonococciques n'engendrent pas le rétrécissement, de même certaines gouttes militaires dépourvues de gonocoque ont pu durer de longues années sans aboutir au rétrécissement, et ne bénéficient en rien du cathérisme et de la dilatation. Inversement les rétrécissements ne s'accompagnent pas toujours des sécrétions de l'urétrite chronique. Nous concluons que la phase gonococcique est la seule responsable de cette grave complication ultime, et nous trouverons dans ce fait un argument de plus en faveur des traitements hâtifs de la blennorrhagie et des tentatives d'abortion toutes les fois qu'elles sont possibles. Ricord avait déjà dit: « Plus vite un écoulement sera arrêté moins on aura à redouter le rétrécissement. »

Rien de plus varié que les *manifestations cliniques* de l'urétrite chronique. A côté de la goutte qui vient affleurer au méat et tacher le linge, il y a la sécrétion qui se cache et qu'il faut chercher: *urétrite latente* de Guiard sans grande importance si elle ne contient pas l'élément blennorrhagique, mais qui constitue dans le cas contraire le danger le plus redoutable, parce qu'il est le plus ignoré. Etudions d'abord ces deux types: urétrite qui se montre, et urétrite qui se cache, et permettez-moi, pour suppléer à l'insuffisance de mes descriptions, de compter sur l'expérience personnelle, de plus d'un de mes auditeurs.

Le méat est presque toujours humide et tuméfié, œdémateux, souillé d'une goutte soit franchement purulente, soit grise soit même limpide, striée de filets purulents et mal liée; à peu près constante cette sécrétion est surtout visible le matin, quand plusieurs heures se sont écoulées sans que l'urine ait balayé le canal. Elle s'exagère sous l'influence de la boisson, des alcooliques, de la bière, et des excitations vénériennes. Son propre est de subir d'incessantes variations; parfois le malade cesse de s'en apercevoir; mais nous qui la cherchons, nous n'avons pas de peine à la

reconnaître et, bien différentes de celles des périodes aiguës, les petites taches jaunes qui teignent la chemise sans l'empeser suffisent à nous renseigner.

Il est rare qu'il ne persiste pas quelque douleur au passage de l'urine ; en tout cas l'éjaculation excite une sensibilité qui peut aller jusqu'à donner l'impression d'un déchirement. Pendant la miction le jet est rarement plein, souvent bifide et tortillé.

Au palper, méat presque toujours sensible ; urètre quelquefois induré par place et infiltré de petits grains ; au toucher, prostate agrandie avec reveil de vague sensation douloureuse, vient-on à presser avec l'index, quelques gouttes de liquide visqueux tombent dans le canal chargés de débris louches ; enfin le cathéter fait constater une muqueuse irrégulière, peu souple, attestant les calibres diminués par où se révèle le rétrécissement large.

En l'absence de toutes ces constatations, l'examen de l'urine est à lui seul fort instructif par les produits anormaux, pus et *filaments* qu'elle contient. Mais il importe de ne pas s'abuser ; l'urine normale est presque toujours filamenteuse. Robin a décrit, il y a bien longtemps, l'amas de cellules épithéliales et de leucocytes, qu'unit la substance amorphe sécrétée par les glandules ; c'est un serpent souple, onduleux et flottant. N'oubliez donc pas ces leucocytes, alias cellules lymphatiques, globules de pus, et souvenez-vous en surtout, quand vous étudierez la sécrétion de l'urétrite pour ne pas leur attribuer alors un caractère morbide qu'ils n'ont pas, ni poursuivre leur irréalisable disparition. Les filaments sont multiples, généralement petits, d'autant plus hachés qu'ils trahissent un état plus voisin de la période aiguë. Le mal est-il plus ancien, leur longueur s'exagère, en même temps que leur nombre diminue. Ils sont blancs, mais leur teinte varie, suivant qu'ils sont plus ou moins transparents, épais ou opaques. J'appelle votre attention sur le caractère irrégulier, hirsute, de certains d'entre eux, et surtout sur leur lourdeur qui les fait plonger au fond du verre. Leur composition, vous la devinez ; substance amorphe unissante, probablement muqueuse, cellules épithéliales de types divers, généralement petites, rondes et à gros noyaux, globules lymphatiques ou leucocytiques ou purulents, et enfin gonocoques dans quelques cas, mais non dans tous. Leur origine, nous la trouvons dans les glandes qui tapissent la muqueuse et dont les canaux excréteurs sont pour ainsi dire moulés par ces cylindres, glandes de Litre, glandes de Cooper et glandes prostatiques. Très petits, les filaments qui ont cette dernière origine ont reçu le nom de virgule de Furbringer, pour rendre hommage à l'auteur qui les a le mieux fait connaître. L'importance de ces filaments est énorme, ils renseignent exactement sur la persistance du processus inflammatoire. Tout malade atteint de blennorrhée devrait être instruit de leur signification et exercé à les rechercher. Comme il suffit d'uriner dans un verre à pied, et que rien n'est plus simple, nul ne pourrait par la suite, arguer de son ignorance.

Dans l'urétrite *latente* tous les symptômes sont réduits au minimum, aucune sécrétion n'est apparente à l'entrée du canal, et cependant le méat est rarement dépourvu de rougeur et de tuméfaction, au moins sur l'un de ses lèvres, et les minuscules taches jaunes font rarement défaut; subjectivement les malades accusent une certaine ardeur locale, un chatouillement, une cuisson périnéale profonde que réveille la miction, et souvent une sensation de pesanteur du côté de l'anus; enfin chez beaucoup les fonctions sexuelles sont en décroissance, les désirs et le plaisir s'éteignent parfois jusqu'à l'impuissance. C'est là un caractère sur lequel je veux insister, car j'en ai vu des exemples significatifs. Un jeune homme vient vous consulter pour un amaigrissement qui l'attriste et l'humilie. Allez immédiatement à l'urétrite postérieure et 9 fois sur 10, vous aurez trouvé la cause véritable. Nombre de médecins s'égarent sur ce point, prodiguent le phosphore et les prétendus aphrodisiaques, quand il suffirait d'un peu de nitrate d'argent dans la région prostatique. J'eus ainsi l'occasion de rendre la virilité à un homme de 23 ans qui depuis 8 ans en était totalement privé. Rappelez-vous ces faits, car si rien n'égale la reconnaissance des hommes auxquels on rend un tel service, rien n'égale le ressentiment qui les anime contre les ignorants auxquels ils se sont adressés en vain.

Cette urétrite minima, et qui n'apparaît réellement qu'au cours des explorations que nécessite son diagnostic, est pourtant, comme la goutte militaire, susceptible de se réveiller, de se compliquer, de se transmettre. Voilà ce qu'on ne sait pas assez et sur quoi je serais impardonnable de ne pas retenir votre attention.

Se réveiller, vous n'en doutez pas, puisque c'est là un des caractères fondamentaux de la blennorrhée. Dans une circonstance, dont bien souvent l'importance nous échappe, le canal est inondé de pus. Ce qu'il faut remarquer, c'est que l'effet suit assez promptement la cause pour qu'en aucun cas il ne soit possible de songer, lorsque la cause a été vénérienne, à une contagion nouvelle, puisque vous savez que contagion ne va pas sans incubation. Dans ce simple fait, vous trouverez le fil conducteur pour vous guider.

Se compliquer, n'est pas pour l'urétrite chose rare, et ce qu'il y a de particulièrement insidieux, c'est que les complications de l'urétrite la plus chronique, la plus insoupçonnée, la plus dissimulée peuvent revêtir les caractères de la plus grande acuité, telles la cystite, la prostatite, mais surtout l'épididymite.

En pareil cas, le chirurgien est habitué à scruter le canal, et c'est bien souvent une goutte latente et retrouvée avec peine, qu'il reconnaît être l'origine des gonflements aigus et fébriles frappant les organes de la spermopée. Je n'ai pas à vous dire combien d'orchites dites par effort sont justiciables de cette véridique interprétation. On a dit qu'à écoulement chronique correspondait orchite chronique; c'est une erreur démentie tous les jours par l'expérience.

Se transmettre, voilà le caractère redoutable entre tous, et qu'il convient surtout de mettre en évidence. Mais en vérité, comment des porteurs de gouttes militaires, qui sont en réalité des porteurs de gonocoques pourraient-

ils rester inoffensifs dans les rapports vénériens ? Tant qu'ils sont célibataires, la preuve de leur malfaisance peut demeurer incertaine, ils répandent le virus et le prodigent parfois à qui l'a déjà. Mais viennent-ils à se marier, les organismes latents et atténués se trouvent jetés sur un terrain vierge, où toutes les conditions de reviviscence et de révigoration sont rassemblées. Telles nos vieilles cultures sur le point de périr se ravivent en un milieu jeune et sur une gelose renouvelée. La vitalité est récupérée, la semence lève et les générations se succédant portent bientôt la virulence à leur maximum d'intensité.

De là tant de bleonnorrhagies parmi les jeunes femmes, tant de fausses couches, tant de salpingites, tant de pelvi-péritonites, avec pour conséquences les plus ordinaires : stérilité, langueur, cachexie, et parfois la mort. Vous voyez de quelle importance est l'étude de la goutte militaire ; ignorer ses dangers, c'est pactiser avec un fléau moderne, une honte sociale, un des agents les plus actifs de la dépopulation.

PÆDIATRIE

Ârythmie du cœur chez les enfants

Par le Dr. J. Comby, Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades, Paris

Le pouls normal d'un enfant sevré, pourvu de ses dents temporaires, est régulier et d'une fréquence qui varie entre 80 et 90 pulsations par minute. Il y a arythmie quand les battements du cœur sont inégaux en durée et en force, et coupés par des intermittences vraies ou fausses. A un degré extrême, le cœur n'obéit plus aux influences régulatrices, il est animé de mouvements désordonnés qui constituent la *folie cardiaque* de *Bouillaud*.

L'arythmie porte : tantôt sur le nombre des battements, plus fréquents pendant quelques secondes, plus lents pendant les secondes suivantes ; tantôt sur la force des ondulations, très accusée pour quelques-unes, très diminuée pour d'autres ; le pouls est alors *inégal* tandis que dans le premier cas il est instable.

A côté de l'arythmie par instabilité et par inégalité, nous avons les intermittences et les faux pas du cœur. Les battements se succèdent réguliers pendant 5, 10, 15 secondes ; puis, tout à coup, une pulsation manque, il semble que le cœur soit pris d'une véritable *claudication*. Cette claudication se reproduit à des intervalles égaux ou inégaux, proches ou éloignés ; toutes les combinaisons sont possibles. Voici un enfant qui présente un faux pas, une intermittence toutes les 3, 4, 5, 6 pulsations, avec une exactitude mathématique ; montre en main, on peut mesurer les intervalles qui séparent les faux pas et vérifier leur égalité. En voici un autre dont les intermittences sont très irrégulières, tantôt rapprochées, tantôt écartées, semées comme au hasard dans la série des battements cardiaques, échappant à toute prévision, à toute mensuration.

Quand on étudie systématiquement le pouls des enfants qui se présentent, on voit bientôt que sa fréquence varie suivant l'âge, les s jets, les maladies. On voit aussi que l'*arythmie* est incompatible avec un degré accusé de *tachycardie*. Un pouls précipité n'est jamais arythmique. Au contraire le ralentissement, la *bradycardie*, s'associe souvent avec l'arythmie.

Même dans les maladies qui troublent le plus profondément l'innervation cardiaque et entraînent le plus aisément l'arythmie, on voit cette dernière disparaître devant la tachycardie, et ne se montrer de nouveau qu'avec le ralentissement des pulsations.

Par exemple, dans la méningite tuberculeuse, l'arythmie est très maquée à la 2^{de} période, quand la fièvre diminue ou cesse, quand le pouls se ralentit ; aussitôt que la température remonte et que les battements du cœur s'accroissent, l'arythmie s'évanouit. L'enfant a-t-il 120, 130, 150 pulsations à la minute, impossible de constater l'arythmie ; le pouls tombe-t-il à 100, à 80, à 60, l'arythmie devient manifeste.

L'arythmie ne s'observe pas dans les états fébriles notables ; la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe, les fièvres éruptives, du moins à la période aiguë de ces maladies ; tant que le thermomètre oscille autour de 39 ou 40°, le pouls est rapide et semble régulier ; il ne devient arythmique qu'après la défervescence-

I

Les causes de l'arythmie infantile sont si nombreuses qu'il devient nécessaire de les classer, comme l'a fait déjà le professeur Heubner. Si nous laissons de côté les affections cardiaques et les maladies cérébrales qui troublent fatalement le rythme du cœur, nous pouvons réduire à six groupes principaux les arythmies infantiles.

1^o *Arythmie des enfants sains*. Tous les médecins ont vu de jeunes sujets qui, sans fièvre, sans malaise, en pleine santé, présentent de l'arythmie cardiaque. J'ai noté cette arythmie dans la première enfance (à 12, 15, 20 mois) et dans la seconde (à 4, 5, 6 ans), à l'état de veille comme dans le sommeil, surtout dans le sommeil. L'enfant dort avec calme, on tâte son pouls qui est peu fréquent (70, 80), et on le trouve haché d'intermittences, de faux pas, ou bien on constate une série de pulsations précipitées suivies de pulsations plus lentes. Ces irrégularités ne sont ni constantes, ni habituelles chez l'enfant qu'on examine ; elles surviennent spontanément, sans provocation aucune ; ou bien elles se déclarent après une journée de jeux, d'exercices fatigants, de parties de bicyclette ; ou bien elles sont le résultat de l'émotion, d'une impression morale un peu vive.

Cette arythmie sans lésion, sans symptôme concomitant, a-t-elle une signification particulière, mérite-t-elle de retenir l'attention du médecin ? Je ne le crois pas, après l'avoir relevée maintes fois dans l'état de santé le plus parfait. Pour moi elle traduit simplement la nervosité physiologique des jeunes sujets. Elle n'implique pas l'existence d'une tare pathologique quelconque, elle n'est pas une menace pour l'avenir.

Toutefois on fera bien d'étudier de près les enfants arythmiques, d'ausculter leur cœur, d'analyser leurs urines, de s'assurer qu'ils ne sont ni albuminuriques, ni glycosuriques, ni azoturiques; les résultats négatifs de l'enquête ne peuvent que confirmer le diagnostic d'*arythmie essentielle*, d'*arythmie physiologique* du jeune âge.

2o *Arythmie toxique.* L'arythmie cardiaque peut dériver d'une intoxication accidentelle ou thérapeutique. Les solanées (belladone, jusquiame, datura), les opiacés, la digitale et les poisons du cœur en général peuvent rendre le pouls lent et irrégulier.

Un garçon de 13 ans est pris brutalement, au mois de février 1896, de pleurésie gauche qui donne, par une ponction aspiratrice, près de 2 litres de sérosité. La fièvre cède peu à peu et je prescris la digitale pour activer la diurèse (20 centigrammes de poudre de feuille par jour, en 4 doses). Le pouls, jusqu'alors régulier, présente, dès le lendemain, un faux pas toutes les 4 ou 5 pulsations; on supprime la digitale, et l'arythmie disparaît en 24 heures. Donc, sous l'influence de la digitale, quand les doses sont trop fortes ou trop prolongées, on peut voir le pouls devenir lent et faible en même temps qu'irrégulier. En même temps on pourra avoir des nausées, des vomissements, de la pâleur du visage, des lipothymies, c'est à-dire des symptômes d'intoxication qui commandent la suppression du remède.

J'ai vu l'anesthésie chloroformique laisser, au réveil, un ralentissement notable du pouls avec arythmie, nausées, pâleur de la face, lenteur de la respiration, menace de syncope. Chez plusieurs jeunes enfants, auxquels j'avais fait la circoncision sous le chloroforme, l'arythmie a été nettement constatée, mais elle n'a pas été durable. L'asphyxie par l'oxide de carbone et une foule d'intoxications sont susceptibles de déterminer l'arythmie; il est inutile de les passer toutes en revue.

3o *Arythmie d'origine gastro-intestinale.*

Dans toutes les affections du tube digestif, depuis la simple indigestion jusqu'à la septicémie gastro-intestinale suraiguë, en passant par la constipation, par la gastralgie, par la diarrhée, par les coliques de toute nature, on peut rencontrer l'arythmie cardiaque. Elle est encore dans ce cas d'origine toxique, mais l'intoxication est endogène au lieu d'être exogène, c'est une *auto-intoxication*. J'ai trouvé très fréquemment l'arythmie chez les enfants dyspeptiques, ayant de l'ectasie gastrique, de la constipation, des vomissements.

Chez une fillette ayant des vomissements par suite de coprostase, mon interne, frappé de l'aspect de la malade, de la céphalée qu'elle accusait, de l'arythmie qu'elle présentait, avait parlé de *méningite*. Reprenant un à un tous les symptômes, mettant au premier plan les troubles digestifs, la constipation opiniâtre, les vomissements, réduisant la céphalalgie au rang d'un symptôme accessoire, j'affirmai l'existence d'une auto-intoxication digestive, et le traitement vint me donner raison. Un lavement purgatif, la diète hydrique suivie bientôt du régime lacté, quelques doses de calomel, firent cesser rapidement l'arythmie et tous les symptômes pseudo-méningitiques.

Une jeune fille de 12 ans, habituellement constipée, ayant de la paresse rectale, des digestions laborieuses avec tympanisme et éructations après le repas, se présente avec un pouls lent et irrégulier. Le régime lacté, les laxatifs, les antiseptiques intestinaux, mettent promptement un terme à ces troubles fonctionnels. Les cas analogues ne manquent pas.

Chez un garçon convalescent d'appendicite, la défervescence est marquée par l'arythmie du pouls avec ralentissement notable (60 par minute), pendant plus de 10 jours. Là encore, il faut invoquer l'intoxication d'origine intestinale. Dans l'ictère catarrhal, maladie si proche des infections intestinales, il en est de même.

Un petit garçon de 8½ ans (6 Juin 1895) entre à l'hôpital pour un ictère récent, apyrétique, avec hépatomégalie. Le pouls tombe à 60, à 54, à 52, à 50 par minute; en même temps il devient très irrégulier, une pulsation manquant après 4 à 5 battements normaux. Au moment de l'arythmie la plus notable et du ralentissement le plus accusé, le thermomètre s'abaisse à 36° dans le rectum. Dans ce cas, il semble bien que le même poison produise à la fois l'hypothermie et l'arythmie.

Dans l'helminthiase intestinale (lombrics, ténias, etc.), l'arythmie peut s'expliquer soit par l'auto-intoxication, soit par une excitation réflexe.

40. *Arythmie des Etats dyscrasiques.* Les dyscrasies, les diathèses, l'arthritisme (obésité, diabète, gravelle, asthme, migraine, etc.) peuvent s'accompagner d'arythmie cardiaque. J'ai vu une fille de 10 ans, grande, grosse, joufflue, rubiconde, obèse, (père également obèse) présenter de l'arythmie. Le cœur avait un volume normal, sa pointe battait en haut du 5ème espace intercostal, il n'y avait pas de souffle. Cependant le pouls était des plus irréguliers. Outre les faux pas, les intermittences qui survenaient de temps à autre, on avait des séries inégales, les unes rapides, les autres lentes. L'état général était excellent et l'arythmie ne pouvait reconnaître d'autre cause que l'obésité. L'arythmie se voit encore dans le rachitisme, l'anémie, la chlorose, c'est-à-dire dans les dyscrasies acquises comparables aux diathèses héréditaires. On l'a signalée dans l'albuminurie intermittente cyclique (Maladie de Pavy), dans les poussées de croissance, etc.

Chez un garçon de cinq ans, qui s'était présenté à moi (23 juillet 1895) avec de l'anarsaque et de l'albuminurie, peut-être scarlatineuse, sans fièvre, j'ai noté une arythmie cardiaque des plus nettes: faux pas, séries de pulsations précipitées suivies de pulsations ralenties; dans ce cas, on aurait pu penser à l'intoxication urémique. Il n'y avait pas de lésions du cœur. L'enfant a guéri comme les précédents.

50. *Arythmie de la Chorée et des Névroses.* L'arythmie cardiaque est extrêmement fréquente dans la chorée; je ne parle pas des cas compliqués d'endocardite ou de péricardite, mais de ceux dans lesquels l'auscultation du cœur a été absolument négative. Le pouls, chez les choréiques, est tantôt accéléré, tantôt ralenti; il est accéléré au début et à la période d'état, il devient lent à la fin. C'est à ce moment surtout qu'il se montre irrégulier. Quand l'arythmie coïncide avec des mouvements violents du côté

des membres, on pourrait croire que la folie musculaire a gagné le myocarde (*chorée cardiaque*). Beaucoup de choréiques d'ailleurs sont en même temps anémiques, et l'arythmie relève peut être dans quelques cas de la dyscrasie sanguine plutôt que de la chorée.

On retrouve l'arythmie cardiaque dans les autres névroses, dans l'hystérie, dans l'excitation cérébrale des jeunes sujets, dans l'incontinence nocturne d'urine, dans l'épilepsie. On l'observe encore dans l'onanisme. J'ai vu une fillette de 10 ans, très nerveuse, se livrant à la masturbation avec frénésie, présenter une arythmie des plus nettes : 90 battements à la minute, faux pas toutes les 3 ou 4 pulsations. Pour produire l'arythmie il faut que l'onanisme soit poussé à un haut degré.

60. *Arythmie des convalescents*. Au moment de l'acmé fébrile des maladies aiguës, le pouls se fait remarquer par sa fréquence, souvent excessive ; mais tant qu'il est rapide, il semble régulier. Cette tachycardie fébrile s'observe dans la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, la pleurésie aiguë, la péritonite aiguë, l'appendicite, l'erysipèle, la scarlatine, la rougeole, la variole, la diphtérie et les angines aiguës, les oreillons, la néphrite aiguë, la fièvre éphémère, le rhumatisme articulaire aiguë, la fièvre intermittente, etc., etc.

Dans la fièvre typhoïde, pendant les périodes ascendante et stationnaire, le pouls oscille entre 110, 120, 130, 150. Après la défervescence, il tombe à 80, 70, 60, 50 par minute et même plus bas. J'ai vu, chez une jeune fille de 10 ans, le pouls descendre à 48, à 44, en même temps que la température baissait à 36° 5 et 36°. Ce ralentissement excessif du pouls, qui peut durer 8, 10, 15 jours, un mois et plus (40 jours dans un de mes cas), ne va jamais sans arythmie. On a alors un pouls très lent, très faible, très irrégulier ; c'est le pouls des grandes convalescences. En cas de rechute, le pouls redevient fréquent et régulier pour se ralentir de nouveau et perdre sa régularité après la deuxième défervescence.

Ces caractères si particuliers du pouls que j'ai notés dans toutes les courbes de fièvre typhoïde (plus de 100 recueillies à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades), se retrouvent identiques dans la pneumonie et les autres maladies cycliques (fièvres éruptives, etc.).

A la suite de la pneumonie, j'ai vu le pouls tomber de 120 à 60, 56, 54, 52. 50 par minute, en même temps qu'il devenait arythmique. Chez une fille de onze ans, la bradycardie a été plus marquée encore, et pendant 3 semaines après la défervescence, le pouls n'a cessé de marquer 42 à la minute, comme dans le *pouls lent permanent* des adultes.

A la suite de la grippe, j'ai observé des phénomènes analogues, avec des particularités bien faites pour alarmer l'entourage. Un enfant, ordinairement de souche nerveuse, vient de traverser une grippe assez bénigne, sans complication d'aucune sorte ; tout à coup il est pris de vomissements, de céphalalgie, de convulsions ; son pouls est lent, irrégulier, sa respiration même est ralentie et arythmique ; on ne peut se défendre de la pensée d'une méningite ; or, en quelques jours, tous les symptômes inquiétants se dissipent, l'enfant n'avait qu'une fausse méningite (*méningisme*).

Dans l'intoxication diphtérique, avec ou sans injection de sérum, le pouls peut présenter de grandes irrégularités: fréquent et régulier à la période aiguë, il se ralentit plus tard et devient arythmique sans que le muscle cardiaque soit touché forcément par la *myocardite*. Mais si l'arythmie s'accompagne de pâleur de la face, de nausées et de vomissements, d'algidité périphérique, d'état syncopal, on doit redouter l'arrêt du cœur, la mort subite. Alors l'arythmie peut indiquer soit une intoxication bulbaire, soit une myocardite, cette dernière lésion ne se traduisant pas forcément par un souffle, et comptant toujours, en tête de ses symptômes cardiaux, l'arythmie.

Parmi les maladies infectieuses qui s'accompagnent d'arythmie cardiaque, il ne faut pas oublier la coqueluche, dont les quintes troublent violemment les contractions du cœur.

Dans la convalescence des maladies fébriles de longue durée, l'arythmie pourrait être attribuée à la faiblesse, à l'insuffisance, à l'anémie. Mais quand on voit le rythme cardiaque s'altérer, aussi bien après une fièvre éphémère, une grippe, une pneumonie abortive, qu'après une fièvre typhoïde prolongée, on ne saurait agréer cette explication, et l'on en arrive à supposer que les centres régulateurs des mouvements du cœur sont impressionnés par des toxines, par des poisons microbiens plus ou moins énergiques.

II

Le fait de l'arythmie étant nettement établi, il convient d'en fournir l'explication, d'en étudier la pathogénie. Si l'on passe en revue les diverses circonstances qui entourent la production du phénomène, on voit qu'il ne se plie pas à une théorie unique et invariable.

En effet, tantôt l'arythmie se montre chez des enfants bien portants, non fébricitants, indemnes de toute atteinte infectieuse ou toxique; elle est purement nerveuse et ne saurait être considérée que comme le résultat d'une action réflexe. Tantôt elle se rencontre chez des enfants malades et elle peut relever de deux mécanismes; 1^o s'il s'agit d'une névrose, de la chorée, la théorie réflexe est acceptable; 2^o s'il y a intoxication accidentelle ou infection, cette théorie est en défaut, et l'on doit accepter l'action des poisons, des toxines, sur les nerfs du cœur.

Dans certain cas, il est permis d'hésiter sur telle ou telle pathogénie, à cause de la complexité d'action des causes morbides. Je suppose qu'un enfant arythmique ait des vers intestinaux: lombrics, ténias, bothriocéphale. On peut soutenir que son arythmie cardiaque est d'origine réflexe, la présence des parasites dans l'intestin irritant la muqueuse et exerçant au loin une action inhibitrice; mais on peut aussi invoquer le mécanisme de l'intoxication, l'helminthiase troublant la digestion, livrant des poisons à la circulation, etc. N'a-t-on pas décrit une lombricose typhoïde, c'est-à-dire une maladie infectieuse déterminée par la présence des ascarides lombricoïdes dans l'intestin?

Si la toxémie peut être discutée dans l'helminthiase, elle ne saurait l'être dans les maladies infectieuses et dans les intoxications dont j'ai parlé plus haut.

Quand un enfant prend de fortes doses de digitale, d'opium, de belladone, d'éther, de chloroforme, s'il présente de la lenteur et de l'arythmie du pouls, comment récuser l'influence toxique ? De même s'il y a une indigestion, de la coprostase, une fièvre typhoïde, une pneumonie, une diphtérie, etc. Dans tous ces cas, le sang chargé des poisons ou des toxines qui vont impressionner, non seulement la membrane interne du cœur, mais ses nerfs, ses ganglions, et aussi les centres régulateurs de ses mouvements, les origines bulbaires du pneumogastrique.

On sait que la section des *nerfs vagues* produit l'accélération des battements du cœur, tandis que leur excitation, leur tétanisation se traduit par le ralentissement.

Les frères Weber ont démontré que le pneumogastrique était le nerf modérateur, le nerf d'arrêt, le nerf d'inhibition du cœur. En même temps que la lenteur et l'arythmie, l'excitation du pneumogastrique peut produire la faiblesse de la systole cardiaque. Tous ces phénomènes, que l'expérimentation a suscités, la clinique les réalise, et cela nous autorise à identifier dans les 2 cas les causes agissantes.

III

Nous sommes maintenant conduits à nous demander quelle est la valeur séméiologique et pronostique de l'arythmie cardiaque chez les enfants,

Un enfant présente de la lenteur, de la faiblesse, de l'irrégularité du pouls, dans les circonstances énumérées plus haut; devons-nous être effrayés, devons-nous redouter des complications fâcheuses, une terminaison funeste ? Loin de là. Quand il s'agit d'intoxication accidentelle ou thérapeutique, l'arythmie est un indice de saturation. L'enfant prenait-il de la digitale, de l'opium, de la belladone, nous suspendrions l'administration de ces substances, et l'arythmie disparaîtra avec sa cause provocatrice. Le pronostic, qui pourrait devenir fâcheux si l'on négligeait l'auscultation du cœur ou la palpation du pouls, reste bénin quand la vigilance du médecin n'est pas en défaut. Quant à l'arythmie des convalescents, c'est une *arythmie critique*, de bon augure, attestant que le terrain de culture est épuisé, stérilisé, que le cycle de la virulence microbienne est clos, que la guérison est proche.

L'arythmie ne deviendrait inquiétante que si elle s'accompagnait de symptômes faisant craindre l'arrêt du cœur, la syncope.

On verrait alors la face pâlir, l'estomac se vider (nausées, vomissements), les forces défaillir; tout indiquerait l'imminence d'une paralysie bulbaire grave, comme on en voit quelques exemples à la suite de la diphtérie, ou la présence d'une myocardite jusqu'alors latente.

Pour apprécier, comme il convient, la valeur séméiologique de l'arythmie cardiaque, il faut donc tenir compte, non seulement de ses caractères intrinsèques, mais encore des symptômes associés et de tout le complexe morbide qui l'a précédée.

Par exemple, voici un enfant qui, après des symptômes nerveux plus ou moins accusés, après une phase d'excitation pouvant aller jusqu'au délire et aux convulsions, offre tout à coup de la lenteur et de l'arythmie du pouls. On pense aussitôt à la méningite; mais, avant de prononcer ce mot fatal, on devra tout envisager, scruter le terrain organique, les aptitudes physiologiques, les antécédents, l'hérédité de l'enfant. Est-il nerveux, hystérique avéré ou en germe? L'excitation cérébrale, les convulsions qui ont précédé l'arythmie ou qui l'accompagnent ne relèvent-elles pas d'une infection, d'une intoxication accidentelle et passagère?

Il faut songer à la grippe, aux troubles digestifs, à la gastro-entérite, à la constipation, aux vers intestinaux. Il faut chercher dans toutes ces directions pour apprécier en connaissance de cause un symptôme après tout banal et sans valeur intrinsèque.

On sait très bien aujourd'hui, et j'en ai cité pour ma part de nombreux exemples, que l'enfant est prédisposé au *méningisme*, c'est-à-dire à un symptôme qui simule la méningite tuberculense, tout en s'en écartant par une terminaison presque constamment favorable.

Il y a peu de temps je voyais un garçon de 7 ans, de souche nerveuse, qui, au cours de la grippe, avait été pris de convulsions épileptiformes avec ralentissement et arythmie du pouls et de la respiration, somnolence comateuse, délire, vomissements, etc. Plusieurs méd. cins distingués avaient condamné ce malade; il a guéri rapidement.

Autrefois, on aurait dit : méningite suivie de guérison; aujourd'hui, plus modeste, nous disons fausse méningite, nous avouons une erreur de diagnostic quand nous voyons les choses tourner favorablement.

Il ne faut donc pas se hâter d'émettre le diagnostic ferme de méningite, à la simple constatation d'une arythmie cardiaque, quelque nette et marquée quelle soit. Il faut se souvenir que l'enfant même en bonne santé, est très souvent arythmique, et n'accorder à ce trouble fonctionnel qu'une valeur restreinte, sujette à caution. Quel que soit son mécanisme pathogénique, ce symptôme est fréquent, il se voit dans les conditions les plus diverses; le clinicien ne doit pas s'effrayer de sa présence.

IV

Comment faut-il traiter l'arythmie cardiaque chez les enfants? Je laisse de côté l'arythmie des cardiopathies organiques, pour ne m'occuper que de l'arythmie *sine materia*, dont il a été question dans les pages précédentes.

L'arythmie des enfants bien portants, dite encore *arythmie essentielle*, *névrosique*, *psychique*, *émotionnelle*, ne mérite aucun traitement direct. Tout au plus devra-t-on chercher à modifier le tempérament nerveux par une bonne

hygiène physique et cérébrale, par les douches, la vie au grand air, la suppression des excitants (alcool, thé, café, etc), si l'enfant en usait prématurément ou avec excès.

L'arythmie par intoxication exogène (empoisonnement accidentel ou thérapeutique) sera traitée par la suppression de l'agent toxique. L'arythmie par intoxication endogène, par auto-intoxication (constipation, diarrhée, suralimentation, septicémie gastro-intestinale), sera guérie par le régime et les remèdes habituels de la dyspepsie (laxatifs, alcalins, antiseptiques, etc).

Les anthelminthiques feront disparaître l'arythmie causée par les vers intestinaux. Quant à l'arythmie critique des maladies aiguës, elle n'exige aucun traitement. En quelques jours, en quelques semaines au plus, elle disparaît spontanément. On ne devrait intervenir que si l'on entrevoyait des menaces de collapsus, d'algidité, de syncope. Alors on prescrirait : des frictions alcooliques ou térébenthinées, des injections hypodermiques d'éther, de caféine, de spartéine, d'huile camphrée, de sérum artificiel, des inhalations d'oxygène, des bains sinapisés, une vessie de glace sur le cœur, l'électrisation (un pôle sur la région précordiale, l'autre entre les 2 chefs du muscle sterno-mastoïdien). À l'intérieur, on donnerait l'alcool, le café, les potions cordiales usitées en pareil cas.

Tous ces remèdes ne sont que bien rarement indiqués et, dans l'immense majorité des cas, l'arythmie cardiaque des enfants ne doit nous inspirer aucune inquiétude.

MEDECINE ET CHIRURGIE

Hôpital Laënnec. — M. PAUL RECLUS

Traitement des appendicites

L'accord n'est pas encore fait sur le traitement des appendicites, et la dernière discussion de l'Académie de médecine accuse des divergences profondes : d'après M. le professeur Dieulafoy, « il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite », et reconnaître l'inflammation du processus vermiculaire suffit pour conclure à l'intervention ; suivant M. Dumontpallier, la chirurgie n'a que de rares occasions de se manifester dans une affection qui « quatre-vingt-quinze fois sur cent » guérit toute seule. Entre ces deux affirmations extrêmes il y a place pour des opinions plus tempérées, et la solution du problème nous semble, à nous, plus complexe. Il y a des indications cliniques qu'il faut saisir, et notre conduite variera suivant la forme des appendicites. Or, nous pouvons en considérer trois catégories : les appendicites avec péritonite généralisée, les appendicites à foyer localisé, et les appendicites chroniques à rechutes.

Les appendicites avec *péritonite généralisée d'emblée* ont une gravité telle que plusieurs auteurs, et Talamon parmi eux repoussent l'intervention chirurgicale : la mort ne serait-elle pas la conséquence certaine d'un mal qui d'après Roux (de Lansenne), ressortit seulement aux pompes funèbres ? Pourquoi tenter une opération inutile ? Ce jugement est peut-être trop péremptoire, Schwartz, Quénu, Jalaguier, Tuffier, Leguen, McBuruey, Richardson, ont obtenu quelques succès ; d'après leurs chiffres additionnés, la guérison aurait lieu une fois sur trois. Nous croyons un pareil pourcentage peu en rapport avec la réalité, et peut-être faudrait-il s'entendre sur ce que l'on comprend par *péritonite généralisée*. La Société de chirurgie s'y est essayée et ses discussions ont jeté quelques lueurs sur cette obscure question. A propos d'une statistique de M. Tuffier, qui avait guéri nombre de ses opérés atteints d'appendicite avec *péritonite généralisée*, je demandais si l'inflammation était vraiment étendue à toute la séreuse. Il existe deux formes de *péritonite dite généralisée*. Dans l'une, il n'y a aucune adhérence, aucun enkystement : les anses intestinales flottent dans une cavité où s'accumule un liquide fétide et semblable à du bouillon sale ; toute la surface de la séreuse, aussi bien viscérale que pariétale, se prête à la fabrication et à l'absorption des toxines. Dans l'autre, les anses intestinales sont agglutinées entre elles, une petite portion de leur surface reste seule libre, et, comme dit Quénu, ce n'est pas la *péritonite*, c'est l'intestin qui s'est enkysté et qui dérobe à l'absorption la plus grande partie de sa surface séreuse ; on peut alors introduire la main jusqu'au foie jusqu'à la rate sans rencontrer d'adhérence limitant le pus, mais l'inflammation est cependant plus localisée que dans la première forme et partant moins redoutable.

Jalaguier dans un remarquable mémoire a tenté d'attribuer à chacune de ces formes un tableau clinique différent : la première la septicémie péritonéale, se caractériserait par un abaissement de la température vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, température qui serait alors de 37° à 37°5 dans le rectum ; la fréquence du pouls augmente pendant que la fièvre diminue, et cette dissociation de la température et du pouls est importance capitale. La respiration est accélérée, mais presque toujours régulière ; la langue, humide et saburrale, est rouge à la pointe et sur les bords ; le facies est caractéristique ; il est terreux, plombé ; souvent les sclérotiques prennent une vague coloration jaunâtre, ocreuse. On a l'impression que l'organisme est profondément touché, et cette gravité contraste avec la tranquillité du malade, qui ne souffre plus. Cette indolence, jointe à l'abaissement de la température, à l'humidité de la langue, pourrait en imposer au débutant et lui faire espérer une guérison alors que la mort est imminente. La rapidité et la petitesse du pouls, l'altération des traits doivent établir le diagnostic.

En présence de cette septicémie péritonéale, peut-être le mieux est-il de s'abstenir : c'est l'opinion de Jalaguier et ce serait volontiers la nôtre. Mais dans la deuxième forme, dans la *péritonite franche*, le chirurgien doit

agir et ses succès, rares sans doute, représenteront autant de malades arrachés à la mort. Pour être efficace, l'opération sera rapide, aussi rapprochée que possible du début des accidents; dans les premières heures, l'intoxication est moins grave et la résistance organique plus grande; sur les 9 malades de M. Yer, seuls ont guéri les 3 qui ont été opérés dans les douze premières heures. L'intervention sera large: une première incision sur la fosse iliaque droite ouvrira les foyers péri-appendiculaires, et pour déterger le reste de la séreuse enflammée, on fera, sur la ligne médiane, une deuxième incision de 10 à 20 centimètres assez longue pour explorer tout le péritoine, l'essuyer avec soin, ou le laver avec de l'eau bouillie contenant en dissolution 7 grammes de chlorure de sodium par litre. Parfois une troisième incision dans la fosse iliaque gauche sera utile. Après le lavage de la cavité on pourra finir par quelques points de suture, l'étendue des incisions mais sans les fermer toutes entières; on laissera de larges orifices par où l'on introduira des drains et des lamères de gaze iodoformée.

La deuxième forme, l'appendicite à foyers localisés, mérite une plus longue étude c'est la variété la plus fréquente et celle dont le traitement soulève les discussions les plus vives. Les uns préconisent l'abstention chirurgicale, d'autres l'intervention; quelques-uns loutvoient entre ces opinions radicales. Parmi les interventionnistes, les uns opèrent le plus tôt possible, d'autres attendent quelques jours, d'autres enfin ne veulent prendre le bistouri que lorsque la guérison est complète. Nous allons essayer de mettre un peu d'ordre dans ces avis contradictoires.

Mais d'abord il est nécessaire de s'expliquer sur une forme décrite par Talamon, l'appendicite *plastique*, dont il fait une variété à part bien distincte de l'appendicite suppurée et qui nécessiterait une thérapeutique différente. Un exsudat fibrino-plastique ou fibrino-séreux entourerait l'appendice et formerait une tumeur peu volumineuse; l'affection évoluerait, au début, comme l'appendicite à foyer suppuré, avec la même fièvre et les mêmes douleurs; mais vers le huitième jour, parfois plus tôt, parfois plus tard, les symptômes tombent. La tuméfaction se limite, diminue, et disparaît en moyenne au bout d'un mois. Je ne connais pas cette forme et j'en conteste l'existence; elle n'est qu'une variété peu grave de l'appendicite à foyer suppuré. Voilà plusieurs années déjà que je me suis expliqué sur ce point.

On croyait naguère les suppurations abdominales si graves qu'on niait leur guérison spontanée, et la résorption du pus amassé dans le péritoine n'était pas connue. Les laparotomies nous apprirent que cette résorption des abcès intrapéritonéaux est possible et même fréquente. En effet, au nom de l'observation, j'affirme que dès que la tuméfaction s'accuse dans la fosse iliaque, dès que le plastron apparaît, il y a collection purulente. Je l'affirme, parce que dans tous ces cas, légers ou graves, l'incision a montré l'existence d'un abcès. Je l'ai trouvé même lorsqu'il n'y avait pas de fièvre appréciable et que la température n'avait jamais dépassé 37°5, lorsque les phénomènes de réaction péritonéale étaient peu marqués, lorsque, vers le

huitième jour, les symptômes s'étaient atténués subitement et que la tuméfaction avait notablement diminué. Et bien dans ces cas qui sont, pour M. Talamon, le type de l'appendicite plastique, la laparotomie m'a prouvé la présence du pus.

Il est une observation que j'ai bien souvent citée : un jeune homme est pris, à la chasse, d'une appendicite aiguë ; au cinquième jour les vomissements sont fréquents, la fièvre est vive, la constipation rebelle, la douleur intense et la fosse iliaque empâtée. J'arrive le lendemain, mais déjà la température est normale, la douleur spontanée nulle, une selle a dégagé le ventre, il n'y a plus de matéorisme, l'appétit est revenu et les médecins m'affirment que la tumeur du ventre, maintenant grosse comme une orange a diminué. Ne voilà-t-il pas tous les signes de l'appendicite plastique? J'incise quand même; je trouve un abcès contenant un verre à bordeaux de pus, je le vide et le draine. La guérison fut rapide. Tous les interventionnistes connaissent ces cas; tous ceux qui ouvrent le ventre dès qu'ils constatent un foyer ont trouvé une collection purulente petite ou grande, unique ou multiple; jamais l'abcès n'a fait défaut et nos observations se montent à près de soixante, celles de Roux et de Sonnenburg à plusieurs centaines.

Aussi oserai-je déclarer que si M. Talamon décrit une appendicite plastique, c'est qu'il est médecin et « qu'il n'y est pas allé voir » comme on dit; la rapide et facile guérison de la collection lui fait écarter l'idée d'un abcès, mais bien à tort, et je conclus sans embarras que l'appendicite à foyer localisé ne comprend pas deux variétés, l'appendicite suppurée et l'appendicite plastique: il n'y en a qu'une, l'appendicite suppurée. Voyons de quelle façon il faut la traiter.

Au début, la doctrine était simple: *ubi pus ibi evacua*, disions-nous, et nous soumettions les abcès appendiculaires de la fosse iliaque aux règles thérapeutiques de toutes les collections purulentes de l'économie. Mais lorsque l'observation eut démontré que ces abcès se résorbent parfois, on se demanda s'il ne vaudrait pas mieux faire bénéficier le malade de l'économie d'une opération, et le nombre des abstentionnistes s'accrut beaucoup le jour où les statistiques des médecins essayèrent de démontrer que la mortalité est moindre chez les non opérés que chez les opérés. En effet d'après des relevés de l'hôpital de Boston, cette mortalité se chiffrait par 8,0% chez les premiers et 26,7% chez les seconds. Je me suis expliqué ailleurs sur cette statistique; ne voit-on pas ce qui la fausse et n'ai-je pas signalé le cas d'un individu guéri 17 fois de crises appendiculaires et qui par conséquent devait compter pour 17 sur les relevés triomphants des abstentionnistes tandis qu'il mourait à la dix-huitième crise, de telle sorte qu'en bonne logique et par ce seul fait il faudrait diminuer de 17 la colonne des succès et augmenter de 1 celle des revers?

Nous laisserons d'autant plus ces statistiques de côté qu'il en existe d'autres favorables aux interventionnistes: Samuel Lloyd sur une série de 226 opérés, compte 152 guérisons tandis que sur une autre série de 265

appendicites non opérées, il relève 205 morts. Talamon, à qui nous les empruntons, a raison de rejeter en bloc ces amas de chiffres favorables ou défavorables; il n'a pas de peine à montrer les causes d'erreurs qui les faussent. Aussi négligeant ces points secondaires la question se pose à nouveau pour nous : lorsqu'il existe une appendicite à foyer suppuré, faut-il ouvrir la collection ou attendre de la nature sa résorption spontanée ?

Ici plusieurs cas se présentent : nous sommes au cinquième, au sixième au septième jour de la maladie ; le plastron caractéristique soulève la fosse iliaque, la fièvre persiste, la température dépasse 39°, le ventre est météorisé et les symptômes restent stationnaires ou s'aggravent. En pareille occurrence, tout le monde est d'accord ; on opère, on évacue la collection et cette intervention donne les meilleurs résultats ; j'ai toujours vu la guérison survenir. Donc, ici pas de discussion possible : Dieulafoy et Moutpazier, Talamon et tous les membres de la Société de chirurgie, de Paul Berger et Jalaguier à Tuffier et Routier, toute la gamme qui va des abstentionnistes éventuels aux interventionnistes décidés, tous proclament que, dans cette variété, le mieux est d'ouvrir la collection purulente.

Mais voici une autre forme : au bout de la première semaine, le plastron persiste, mais les symptômes s'apaisent ; il n'y a plus de nausées la fièvre tombe, la douleur spontanée disparaît et pour réveiller la souffrance il faut exercer une pression sur la tumeur ; que doit on faire ? Eh bien, la plupart de nos collègues, Paul Berger, Jalaguier, Brun, Quénu n'hésitent pas à s'abstenir ; ils escomptent la résorption de la collection purulente et se réservent d'opérer plus tard, au bout de un ou deux mois, lorsqu'il n'y aura plus de pus autour de l'appendice : on fera une résection « à froid » ; on pourra, sans crainte d'inoculer le péritoine, rechercher l'appendice, l'extirper et refermer le ventre. Cette opération retardée présente sur l'intervention précoce des avantages qu'il nous faut indiquer.

D'abord, lorsqu'on opère « à chaud », souvent on ne trouve pas l'appendice : il est enfoui dans une gangue de néomembranes qu'il faudra décoller et cette rupture des adhérences n'est pas sans inconvénients ; on peut ouvrir le péritoine voisin et l'inoculer. Aussi, lorsque la recherche de l'appendice présente trop de difficulté on s'arrête ; mais ne s'expose-t-on pas alors, en laissant le corps du délit, à voir reparaitre plus tard les accidents d'appendicite ? On n'a fait qu'une opération palliative. Ce n'est pas tout : comme on a ouvert une collection purulente, on n'ose pas refermer le ventre, on draine la cavité, les lèvres de l'incision ne se réuniront que par seconde intention et feront une cicatrice précaire qui pourra se laisser distendre par la pression intestinale. Les éventrations observées à la suite de ces ouvertures d'appendicites abcédées sont assez fréquentes.

Inoculation possible du péritoine, extirpation difficile de l'appendice trop souvent dans l'abdomen, éventration probable, voilà trois arguments de valeur et qui sont pour impressionner. Cependant, je ne suis pas convaincu et même lorsque l'appendicite paraît rétrocéder, j'opère. D'abord les objections des abstentionnistes ne sont pas aussi péremptoires qu'elles le paraissent : l'inoculation du péritoine doit être exceptionnel ; pour ma part

je ne l'ai jamais observée; il m'est arrivé d'ouvrir une collection purulente profonde et non adhérente, en avant, au péritoine pariétal; eh bien, même dans ces conditions défavorables et fort rares d'ailleurs, la préservation de la séreuse contre l'irruption et l'inoculation du pus a toujours été possible, et je n'ai pas eu d'accidents.

En effet — et nous touchons ici au deuxième argument: l'abandon de l'appendice dans le ventre — l'extirpation du vermium n'est pas aussi nécessaire qu'on le croit et si elle exige des recherches trop prolongées et des délabrements trop considérables on s'obstiera. Certainement il vaut mieux l'enlever et je le recherche avec soin, ne fût-ce que pour ouvrir pendant cette investigation, des abcès qu'on aurait parfois méconnus. Mais il faut savoir que, après l'incision de la collection purulente, on peut obtenir une guérison définitive, bien que l'appendice soit resté en place et pour ma part je n'ai jamais vu de récurrence après l'ouverture large de la poche. Néanmoins, la sécurité n'est pas absolue: Brun a cité l'observation d'un malade qui, après incision de l'abcès sans ablation de l'appendice, vit se produire une suppuration de la fosse iliaque, et l'intervention montra un clapier au fond duquel était l'appendice distendu par un calcul stercoral; Routier possède, je crois, une observation de ce genre et j'ai opéré avec Richelot un jeune homme qui conservait une fistule iliaque. Un large débridement nous mena sur l'appendice perforé. Enfin, je viens d'être consulté par un colon de l'île Maurice, opéré depuis longtemps déjà d'appendicite et chez lequel persiste un trajet purulent.

L'argument est donc valable, mais sérieusement affaibli. Nous en dirons autant de l'événement. La crainte en est légitime et nous avons observé cette hernie sur quelques-uns de nos malades. Cependant remarquons, avec Roux (de Lausanne), que le siège de l'incision de l'abcès joue un rôle dans la production de l'événement et que, lorsque l'incision est basse située, tout à fait sur l'arcade de Fallope, l'événement est rare. J'ai institué récemment une petite enquête à ce sujet et j'ai trouvé la cicatrice solide chez tous mes opérés à incision basse. Je pourrais me citer comme exemple: voilà seize mois que Jalaguier m'a ouvert une collection appendiculaire, juste à 1 centimètre au-dessus du ligament de Poupart, et sans bandage pour soutenir la cicatrice, celle-ci ne s'est nullement laissée distendre par la pression de l'intestin.

Donc, sans méconnaître la valeur de ces arguments, il ne faut pas en exagérer la portée, et nous avons, par contre, deux raisons qui nous poussent à intervenir, même dans les cas où les signes de l'appendicite paraissent s'amender. D'abord, il y a quelque chose de pénible à attendre qu'un malade soit guéri pour lui proposer une opération qui va de nouveau le clouer au lit. C'est au moment où il compte jouir de sa convalescence qu'on lui ouvrira le ventre pour extirper l'appendice! Peu d'enfants, peu de parents sont assez résolus pour accepter pareille intervention, et il est à craindre qu'ils ne s'y refusent et préfèrent garder leur appendice malade, avec tous les dangers que comporte sa conservation. Et puis—et ceci est la raison péremptoire—nous ne savons jamais quelle sera l'évolution d'une

appendicite : les accidents paraissent s'amender, la fièvre tombe, on escompte déjà la guérison prochaine, et tout à coup éclate une crise nouvelle, une péritonite suraiguë qui emporte le malade.

Les observations de ce genre sont très nombreuses. Brissaud en a cité une des plus lamentables : un chirurgien est appelé auprès d'un enfant atteint d'appendicite ; les phénomènes sont peu alarmants, on croit pouvoir attendre, mais quelques heures après crise nouvelle, péritonite suraiguë et mort avant qu'on ait pu tenter une intervention. Schmidt, dans une discussion de la Société de chirurgie, a, lui aussi, relaté un certain nombre de cas où le médecin, influencé par une amélioration dans l'état local et dans l'état général du malade, a voulu attendre, et une péritonite foudroyante s'est déclarée. Tout récemment des collègues ont assisté à deux catastrophes semblables. Ils ont conseillé l'abstention se réservant d'opérer plus tard à froid ; des accidents inflammatoires ont éclaté soudain, si rapides et si graves qu'on n'a pu placer une intervention entre le début de la crise et la mort du patient.

Aussi serions nous tenté de dire : comme nous ne pouvons prévoir l'évolution de la maladie, comme une appendicite à marche lente peut subitement changer d'allure et tourner vers la péritonite généralisée, pourquoi, dès que l'existence d'une collection purulente est reconnue, ne pas agir sur l'heure, ouvrir l'abcès et couper court à des complications toujours redoutables ? Je ne vous donne pas un conseil absolu, et si le malade peut être soumis à une surveillance incessante, si, au cinquième, au sixième jour, la défervescence est vraiment nette, s'il n'y a plus de fièvre, si le cours des matières se rétablit, si le tympanisme tombe et si la tumeur s'affaïse, on peut attendre, mais pour peu que la maladie reste stationnaire ou que, après une amélioration, une crise nouvelle paraisse se préparer, je n'hésite pas et j'ouvre la collection purulente.

Notre troisième catégorie, les appendicites à répétitions, les appendicites à rechutes, les appendicites chroniques sont souvent prises pour de violentes indigestions : coliques avec vomissements alimentaires, puis biliaires, douleurs dans la fosse iliaque droite, vives surtout au point de McBurney, contracture des muscles droits et hyperesthésie des téguments à ce niveau. La crise dure deux, trois, quatre ou cinq jours, parfois avec une légère élévation thermique, puis les symptômes s'en vont laissant une douleur qui persiste une ou deux semaines et parfois une petite tumeur oblongue qui paraît être l'appendice dilaté. Mais ce qui caractérise vraiment la maladie, c'est que une première crise passée, une deuxième survient, puis une troisième, une quatrième. Elle apparaît à tout prétexte et hors de prétexte et rend souvent l'existence insupportable.

Ici médecins et chirurgiens sont d'accord : dès que la crise est passée, on fait l'opération à froid. On incise la paroi abdominale au lieu classique, parallèlement à l'arcade crurale, à 1 centimètre au-dessus d'elle et sur une longueur suffisante pour permettre d'évoluer à l'aise dans la fosse iliaque, à la recherche de l'appendice. Celui-ci est sectionné à sa base ; l'orifice

d'abouchement est suturé par deux ou trois étages successifs de façon à éviter les fistules stercorales. Puis on referme la ventre, adossant d'abord les lèvres péritonéales, puis suturant les muscles, l'aponévrose et la peau ; on évite ainsi les éventrations consécutives aux pressions de l'intestin sur une cicatrice peu solide. Les résultats de cette opération sont excellents : la mortalité est presque nulle et, dans les statistiques les plus sombres, ne s'élève pas à 2%.

Après ouverture du ventre, on trouve parfois l'appendice sans adhérences et d'apparence normale : à peine à sa surface un léger piqueté rouge, une vascularisation un peu plus riche, et voilà tout. Et cela, à la suite de graves appendicites sans erreur de diagnostic possible. Mais on sait maintenant la rapidité avec laquelle les exsudats plastiques, les collections purulentes se résorbent dans la cavité péritonéale, à ce point que, au bout d'un ou deux mois, le vermium peut être libre dans la séreuse et ne se distinguer alors d'un appendice sain que par quelques vaisseaux rampant sur ses tuniques. Il m'est arrivé trois fois de me demander si je n'avais pas entevé un organe sain, bien qu'une appendicite violente eût été diagnostiquée par nos meilleurs cliniciens. Mais si l'examen à l'œil nu ne révélait aucune altération, il n'en fut pas de même du microscope, et, dans ces trois cas M. Pilliet trouva les lésions d'une folliculite intense. Les recherches de Roux et de ses élèves sont très probantes : il reste, dans l'épaisseur des cicatrices péri-appendiculaires, dans les parois du vermium et dans le tissu adénoïde de ses follicules, des colonies bacillaires qui se révèlent à propos de toutes les hyperémies intestinales, indigestion, refroidissement, menstruation. Ces appendices, en apparence sains, sont donc malades, et leur extirpation est indiquée.

Permettez moi de résumer en quelques mots cette trop longue discussion. Dans les appendicites avec péritonite généralisée, il faut intervenir. Non pas que les chances soient nombreuses de sauver l'opéré, mais comme il y a eu quelques succès indiscutables et que, d'autre part, le malade, abandonné à lui-même, est perdu sans conteste, le mieux est de tenter cet unique moyen de salut.

Dans les appendicites à foyer localisé, il faut intervenir si la tuméfaction s'accroît ou reste stationnaire ; si les symptômes locaux et généraux s'amendent, si vraiment une recrudescence nouvelle ne paraît pas à craindre, on pourrait, à la rigueur, attendre et n'opérer qu'au bout de un mois et demi à deux mois, de façon à réséquer l'appendice et fermer le ventre par une suture solide. Mais n'oublions pas les dangers redoutables auxquels cette pratique expose le patient.

Dans les appendicites à répétitions il faut intervenir, je ne dis pas à la première crise, si celle-ci a été légère et a disparu sans laisser de trace, mais dès la deuxième ou la troisième : ces alertes nous prouvent en effet l'existence, dans la cavité ou dans la paroi, de foyers microbiens aptes à provoquer sans cesse une attaque nouvelle, et dont on ne saurait à l'avance mesurer la gravité.

OBSTÉTRIQUE

DE L'ACCOUCHEMENT ASEPTIQUE

Nous donnons ici, les conclusions d'un article de M. le docteur Salé, paru, sous ce titre, dans ces derniers temps, dans la *Presse Médicale* belge, mais en en laissant toute la responsabilité à son auteur. Ces conclusions répondant à la question suivante : Faut-il faire des injections avant, pendant et après l'accouchement ?

M. Salé, après avoir examiné les arguments invoqués par les différents accoucheurs et par les microbiologistes qui ont étudié la sécrétion vaginale, arrive à la conclusion générale qu'il vaut mieux ne pas faire d'injections ni avant ni après l'accouchement chez la femme saine, car en voici les dangers :

1^o L'injection vaginale favorise la pénétration de l'air qui, même s'il ne renferme pas de germes morbides, favorise le développement de certaines colonies microbiennes ;

2^o Confiée à des mains inexpérimentées, la canule ne sera pas toujours stérilisée et peut déposer à l'intérieur de la cavité vaginale des microbes de l'extérieur ;

3^o Elle peut blesser l'épithélium de la muqueuse et enlever ainsi à celle-ci une grande partie de sa résistance ;

4^o Les solutions antiseptiques, même faibles, ont une action nettement marquée sur les globules blancs auxquels elles enlèvent leur pouvoir bactéricide.

Donc, chez la femme normale, non seulement les injections n'ont pas de raison d'être, mais elles sont nuisibles.

Chez la femme infectée de blennorrhagie, M. Salé prétend qu'il faut également ne pas intervenir parce que les injections faibles de sublimé sont impuissantes à déloger le gonocoque de l'intérieur du col, mais elles peuvent en revanche augmenter sa virulence.

La conduite prônée par l'auteur consiste dans la désinfection des mains de l'accoucheur et dans l'asepsie des organes génitaux externes de la femme.

A cet effet, il recommande les bains généraux et locaux pendant les derniers temps de la grossesse. Au moment de l'accouchement, on savonne fortement les organes génitaux. Si les poils de la vulve sont longs on les coupe, puis avec de l'ouate hydrophile et une solution de sublimé à 1/1000 on enlève l'excès du savon, l'on brosse la peau jusque dans les moindres replis, et l'on termine par une lotion d'eau bouillie. Après nettoyage, la vulve est protégée par une feuille d'ouate au sublimé.

Pendant le travail, l'on n'intervient par une toilette vulvaire au sublimé et à l'eau bouillie que si la parturiente a émis de l'urine ou des matières fécales.

La même chose se fait après le travail, de six en six heures, d'une façon générale, et après chaque émission d'urine ou de matières fécales.

Le toucher n'est pratiqué qu'une fois au début d'un travail normal; la palpation suffit dans la plupart des cas pour suivre les progrès de la tête dans la filière pelvienne.

DE LA COCAÏNE EN OBSTÉTRIQUE

PAR LE D^r BOUSQUET (DE MARSEILLE)

“ La cocaïne est une conquête véritable, elle est efficace, fidèle et inoffensive. Sa solution à 2 pour 100 permet d'obtenir l'analgésie d'un champ opératoire considérable: avec moins de 10 cent. on mènera à bien des opérations longues et délicates, sans courir le moindre danger ”

Telles sont les conclusions du dernier travail de Paul Reclus; nous les reproduisons d'autant plus volontiers que nous espérons démontrer que ce qui est vrai en chirurgie, l'est également en obstétrique.

Nous ne ferons pas ici l'histoire de la cocaïne, de ses applications en oculistique, en chirurgie dentaire, en gynécologie, ni de son emploi pour abolir les réflexes, lors de l'introduction de certains instruments dans l'examen des cavités profondes, ces faits sont connus de tous.

La cocaïne n'est vraiment active comme analgésique local qu'en injection intra-dermique et sous cutanée.

Cette propriété devait nécessairement appeler l'attention des accoucheurs sur cette substance.

C'est seulement en 1835, que la cocaïne est employée pour combattre les douleurs de l'accouchement; le 17 janvier, Doléris, signale le premier à l'Académie, l'action analgésiante de la cocaïne sur les voies génitales. Il l'essaie avec Dubois, sur des femmes en travail, en badigeonnant le col avec une pommade ou une solution à 4 0/0. Jeannel obtint le même mois, quelques succès dans des circonstances analogues.

En 1886, Barton Hirst rapporte à son tour deux cas démontrant l'efficacité de la cocaïne pour atténuer les douleurs de l'accouchement.

Dalbs en 1886, obtint également de bons résultats par la solution à 12/100 en application sur la vulve et le vagin.

La même année, Hartzhorn emploie avec succès un mélange de 6 parties de cocaïne, 24 de vaseline et 20 de glycérine poussé sur le col à l'aide d'une seringue.

Enfin de nouveaux essais ont été tentés par Auvard et Secheyron ainsi que par Chaigneau (1), en même temps que de notre côté nous faisons quelques recherches dont nous croyons intéressant de relater le résultat.

Nos expériences portent aujourd'hui sur 32 cas dont 10 accouchements laborieux ayant nécessité une intervention.

(1) Chaigneau.—Thèse de Paris, 1890.

Dans ces cas, nous avons employé la solution de cocaïne au 1/20 (2) ; 1/2 seringue de Pravaz dans chaque grande lèvre, près de la fourchette, injectée 5 à 10 minutes avant l'expulsion spontanée de la tête ou l'intervention artificielle s'il y a lieu.

INTERETS PROFESSIONNELS

RÉCIPROCITÉ INTERPROVINCIALE

PAR M. LE DR. L. J. A. SIMARD,

Doyen de la Faculté de Médecine, à Québec.

A différentes époques depuis une vingtaine d'années, des efforts ont été faits pour obtenir une réciprocité interprovinciale médicale. Même, durant quelques années la province de Québec a eu cette réciprocité avec quelques provinces du Dominion : le Nouveau Brunswick, Manitoba et Ontario. Mais en 1897 le Bureau de Médecine de Québec a cru devoir abolir cette réciprocité parqu'il s'est aperçu qu'on en abusait pour faire accorder la *licencé* à des personnes qui n'auraient pas pu l'obtenir en se soumettant à notre loi et qui surtout avaient failli dans l'examen pour l'admission à l'étude.

Malgré cela, le Bureau Médical de Québec a fait depuis 1892 de nouveaux efforts pour obtenir une réciprocité médicale avec les diverses provinces du Dominion, mais avec la *condition expresse* que les épreuves ou qualifications pour l'admission à l'étude et à la pratique fussent les mêmes dans toutes les provinces. Pour arriver à ce résultat il a envoyé des délégués à l'association Médicale du Dominion en 1895, 96, 97 avec mission d'obtenir un *curriculum* identique tant pour les *lettres* et *sciences* que pour la *médecine* proprement dite pour toutes les provinces. Un tel curriculum a été formulé dans ses grandes lignes et admis par l'association médicale et a été ratifié par tous les Bureaux Médicaux du Dominion, moins celui d'Ontario, qui y a objecté, parce qu'il n'exigeait que quatre années d'études médicales au lieu de cinq, tel que prescrit par la loi d'Ontario.

Cette réciprocité devait s'effectuer par l'entremise de chaque bureau provincial, qui devait se faire donner, — s'il ne l'avait pas déjà, — des pouvoirs à cet effet, par sa législature respective. Le plus grand nombre de ces bureaux et le nôtre, en particulier, avaient déjà ces pouvoirs par leur chartre.

Les difficultés semblaient donc aplanies entre presque toutes les provinces et les négociations entre les divers Bureaux Médicaux semblaient devoir se terminer bientôt par le succès, lorsqu'un retard effectué par la prudence y mit fin au contraire. En effet je dois ajouter qu'avant de conclure ce traité avec les autres bureaux du Dominion, celui de Québec a

est prudent de charger en 1897 deux de ses membres pour s'enquérir et s'assurer sur place des qualifications que l'on exigeait dans chacune de ces provinces pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine. Malheureusement l'approche de l'élection des gouverneurs du Bureau n'a pas permis aux Drs Roddick et Beausoleil de remplir la mission qui leur avait été confiée; depuis, aucun effort en ce sens n'a été tenté; et même je dois dire que ce projet de réciprocité, loin d'avoir été mis à exécution, a été à peu près complètement abandonné et remplacé par un autre qui a surtout été prôné depuis un an par le Dr Roddick, malgré qu'il me semble plus difficile à réaliser que le premier.

Ce deuxième plan ou projet consiste à faire intervenir la législature fédérale et à lui faire créer un *bureau médical* qui siégera à Ottawa et sera formé par un certain nombre de médecins de chaque province au nombre desquels les présidents des bureaux locaux *feront de droit parti*. Les *licences* émanées de ce Bureau *central* donneront le droit de pratiquer dans les territoires du Dominion non encore organisés. De plus les porteurs de cette *licence fédérale* auront la préférence dans les emplois médicaux relevant du gouvernement d'Ottawa. Enfin cette licence permettra de pratiquer dans n'importe quelle province du Dominion, pourvu que celle-ci le permette par une loi spéciale.

Il est facile de voir que ce deuxième plan est plus difficile à mettre à exécution que le premier dont j'ai parlé plus haut. D'abord il a l'inconvénient d'exiger l'intervention de la législature fédérale sur une question qui est exclusivement du ressort des législatures locales. Or il est probable que jamais la législature fédérale ne voudra intervenir dans cette question pour les raisons suivantes: soit parce que plusieurs de ses membres penseront qu'une telle intervention est *ultra vires*, ou soit parce qu'ils la considéreront comme *inopportune*. Les législatures locales craindront probablement *en sanctionnant* cette intervention fédérale de *poser un précédent* qu'elles pourraient regretter.

Quoiqu'il en soit le bureau actuel de médecine de cette province ne s'est pas opposé à ce projet, et à sa dernière réunion, en juillet dernier, il a passé la Résolution suivante: « Que le Bureau Médical de Québec est favorable à une mesure qui donnerait la réciprocité entre toutes les provinces, en établissant un Bureau fédéral, mais à la condition que l'autonomie provinciale soit respectée et que chaque province conserve tous ses droits et sa liberté d'action ».

En résumé, si l'on compare les deux plans qui ont été proposés jusqu'ici pour l'obtention d'une réciprocité interprovinciale—il est facile de voir, suivant moi, que le dernier présente plus d'obstacles et de difficultés, et qu'il faudra promptement revenir au premier, si l'on veut que nos efforts soient couronnés de succès.

A LA MEMOIRE DU DOCTEUR C. E. LEMIEUX

Nous reproduisons ici de l'annuaire de l'Université-Laval le touchant éloge du regretté Dr Lemieux, prononcé par M. le Dr. M. D. Brochu, à la séance de clôture, en juillet dernier. Nous avons pensé que cet éloge aussi juste quo mérité avait sa place toute marquée dans le premier numéro du premier journal de médecine publié à Québec, et qu'il serait certainement lu avec le plus vif intérêt par tous ceux qui, de près ou de loin, ont connu cette figure remarquable.

MONSIEUR LE RECTEUR,

Mesdames, Messieurs,

Faire l'éloge du vénérable doyen de cette Faculté dont tout le public médical et la population de Québec ont déploré la perte avec nous, rappeler en même temps les principaux traits de sa carrière professionnelle, sera évoquer pour un bon nombre, des faits et des souvenirs intimement liés à tout le passé de l'Université Laval.

En effet le docteur Chs-Eusèbe Lemieux était le dernier survivant de ce groupe de médecins distingués qui furent appelés les premiers à remplir les charges de professeurs dans la Faculté de Médecine de cette Université, et qui, par leurs talents, leur science et le dévouement à leur tâche avaient acquis à cette institution, dès son début, un prestige et une réputation dont bénéficiaient encore aujourd'hui les élèves qui viennent puiser à cette source leur éducation professionnelle.

La carrière médicale de ce vétéran de notre profession a été non seulement l'une des plus longues et des plus laborieuses, mais aussi l'une des plus brillantes et des mieux remplies, tant comme médecin dans la pratique générale que comme professeur dans la chaire universitaire ou dans la clinique des hôpitaux.

Toute la génération ancienne se rappelle encore qu'il n'y eut pas de médecin plus populaire ni plus estimé dans sa clientèle; la génération actuelle a été témoin de la conservation de son prestige et de la faveur publique, même au déclin de sa carrière, alors qu'il était bien difficile pour les jeunes médecins, les mieux formés et les plus dignes de confiance de lui disputer le terrain. Les annales de l'Université Laval et l'histoire de la médecine en ce pays diront l'étendue de son rôle et des services qu'il a rendus, en rappelant qu'il enseigna dans la chaire universitaire pendant plus de quarante ans, qu'il contribua, par conséquent, à former plusieurs générations de jeunes médecins qui s'honorèrent toujours d'avoir été ses élèves; enfin, qu'il occupa tour à tour les plus hautes charges, dans sa profession.

Le docteur Charles-Eusèbe Lemieux était né à St-Roch de Québec, d'une brave famille, avantageusement connue dans le monde commercial et industriel. C'est précisément dans ce même milieu, où ses qualités naturelles, appréciées dès sa première jeunesse, avaient prédisposé la confiance générale en sa faveur, qu'il devait faire ses débuts, comme médecin pratiquant et donner les premières preuves de ses aptitudes remarquables pour l'art de la médecine, tout en fournissant l'exemple de ce désintéressement et de ce dévouement charitables qui ne se sont jamais démentis durant toute sa vie professionnelle.

La carrière médicale du jeune docteur Lemieux s'ouvrit sous les auspices les plus heureux, qui laissèrent entrevoir, d'emblée, quel en serait le cours brillant et fécond.

Il avait fait un cours classique au séminaire de Québec et après de solides études à l'ancienne école de Médecine de cette ville, il fut reçu médecin en 1848. Il eut alors l'avantage d'entrer immédiatement comme médecin interne à l'Hôpital de la Marine, au contact et sous la direction des maîtres les plus renommés de ce temps, les Douglass et les Landry.

Les services hospitaliers de cette institution étaient considérés à juste titre comme le champ le plus favorable offert à la jeunesse étudiante pour se former à la pratique de la médecine, à l'art de la chirurgie surtout, tant par l'habileté reconnue des maîtres qui en avaient la direction, que par l'abondance des matériaux d'observation fournis par la classe nombreuse des marins qui y étaient admis, et que les conditions de leur métier exposaient à toutes sortes de blessures et d'accidents ressortissant à la chirurgie.

Cet hôpital avait en même temps, pour annexe et sous le contrôle de son administration, un pavillon d'isolement et de quarantaine pour le traitement des maladies contagieuses et épidémiques dont l'importation était fréquente alors, grâce à cette même classe de navigateurs, venant de tous les pays.

Cette position dans un service hospitalier aussi riche en matériaux d'études et d'observations, offrait donc au jeune débutant des avantages exceptionnels, pour mûrir ses connaissances et lui permettre d'acquiescer rapidement le tact, l'expérience et l'habileté dans l'art chirurgical qui devaient le faire arriver, de bonne heure, au premier rang parmi ses collègues.

Un événement non moins important et dont l'influence ne devait pas être moins décisive sur l'avenir du jeune Lemieux fut sa nomination, quelques années plus tard, à la charge de professeur dans la nouvelle Faculté de Médecine que le Séminaire de Québec venait de fonder comme dernier complément à l'organisation de l'Université Laval. C'était pour ce jeune médecin, un honneur et une marque de confiance auxquels l'avait certes préparé ses fortes études médicales et son stage de quelques années, déjà, dans les services si avantageux de l'Hôpital de la Marine. Mais cette haute distinction ne pouvait manquer d'ajouter un prestige considérable à celui qu'il s'était déjà acquis, et de favoriser ainsi plus sûrement encore le succès de sa brillante carrière.

Durant les premières années qui suivirent son entrée dans l'enseignement universitaire le Dr Lemieux fut d'abord chargé du cours d'Anatomie Pratique puis de la Clinique des maladies internes à l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu. Plus tard on lui confia temporairement l'enseignement de la Physiologie, de la Pathologie Générale et de Médecine Légale, en attendant les recrues de jeunes médecins d'élite que l'Université avait choisis comme futurs professeurs et envoyés en Europe compléter des études spéciales. En dernier lieu, il resta définitivement attaché à l'enseignement de l'Anatomie Descriptive et d'une clinique chirurgicale et de Médecine opératoire, qui s'alliaient si bien à l'orientation de ses études et à ses aptitudes naturelles.

C'est avec ces dernières branches de la médecine surtout qu'il s'identifia dans son rôle universitaire puisqu'il les enseigna pendant près de quarante ans.

Quant aux autres parties des sciences médicales, dont l'enseignement ne lui fut confié que temporairement elles ne manquèrent pas de lui apporter beaucoup de profit, en aidant à sa formation et en lui laissant un fonds de connaissances spéciales très variées, qui le préparèrent admirablement, à remplir avec éclat et compétence les différentes charges auxquelles il devait être appelé, elles lui méritèrent en outre d'être apprécié par tous ses collègues comme l'un des médecins les plus complets de son temps.

Après un stage de dix ans, comme médecin interne dans l'Hôpital de la Marine, il fut appelé à succéder à l'un de ses collègues dans l'enseignement de la chirurgie pratique et opératoire; il préféra dès lors laisser sa première position pour accepter celle de médecin visiteur du même hôpital, qui pouvait lui permettre, en même temps de se livrer plus librement à la pratique du dehors par laquelle il était de plus en plus sollicité.

Malgré la forte concurrence que les débutants avaient à subir dans ce temps là comme aujourd'hui il n'éprouva pas de longues difficultés pour atteindre son but; car sa réputation de hautes capacités comme médecin, et le prestige qu'il s'était déjà acquis comme chirurgien dans les services de l'Hôpital de la Marine l'avait précédé au dehors; et dans quelques années il fut favorisé le l'un des plus grandes clientèles, à laquelle il se dévoua avec un zèle infatigable pendant plus de quarante ans.

Pénétré profondément du sentiment de ses devoirs et de ses responsabilités, sa sollicitude, son assiduité et son dévouement furent toujours identiques pour toutes les souffrances, tant chez les pauvres que chez les riches. Aussi la clientèle qui lui resta fidèle jusqu'à la fin de sa vie active, s'étendait-elle dans tous les quartiers de la ville, parmi les classes les plus humbles comme les plus aristocratiques, où il était également apprécié. Citons parmi les clients, qui font le plus d'honneur à son souvenir: Son Eminence le Cardinal Taschereau, de vénérable mémoire, dont il fut le médecin pendant de longues années et qui l'honora de sa plus grande confiance et de sa plus haute estime.

Bien que, par sa longue pratique dans les services des hôpitaux aussi bien que par l'enseignement spécial dont il était chargé à l'Université, il eût été porté à approfondir davantage l'art de la chirurgie, cependant, sa compétence et ses connaissances variées sur les autres branches de la médecine le mettaient encore l'égal des médecins les plus avancés. Aussi était-il choisi, avec la même confiance, par ses plus jeunes confrères et par ses collègues, pour les aider de ses lumières et de son expérience, et partager leurs responsabilités dans les cas graves et difficiles qui ressortissaient soit à la chirurgie, soit à la médecine interne.

Mais les qualités qui ont caractérisé le plus nettement son rôle dans la clientèle, et dont le souvenir mérito le plus d'être rappelé pour l'édification de la jeunesse destinée à cette noble profession, furent un désintéressement absolu, un dévouement inaltérable et une charité toujours alerte envers ses malades, comme aussi envers toutes les misères qu'il rencontrait sur son chemin.

Ces qualités sont essentielles, il est vrai, à l'honneur de la profession médicale, et l'on doit toujours s'attendre de voir se refléter plus ou moins complétement dans les actions de tout médecin consciencieux, surtout s'il a reçu les bienfaits de l'éducation chrétienne; mais, rarement pourrait-on les rencontrer à un degré aussi élevé que chez celui auquel nous rendons hommage en ce moment. Pratiquées d'une manière aussi soutenue, elles élèvent le rôle du médecin, dans la société, à la hauteur d'un véritable sacerdoce.

Le désintéressement de ce médecin, au cœur généreux et sympathique, était tellement absolu qu'il ne semblait réellement retrouver dans l'exercice de sa profession qu'un rôle purement philanthropique et humanitaire, en dehors de tout idéal de légitime intérêt. Et il était reconnu par tous, que le point le plus difficile, dans les circonstances nécessaires, n'était pas d'obtenir ses services, qu'il prodiguait toujours sans y regarder, mais, pour les riches comme pour les pauvres, d'obtenir plus tard la note de ses justes honoraires, ni de s'acquitter d'une obligation que les cœurs bien nés considèrent toujours comme une dette d'honneur.

Le nombre des pauvres ou des gens éprouvés par l'infortune, qui, à la faveur de ce désintéressement, ont ainsi bénéficié des soins gratuits du Dr Lemieux, pendant la longue période de ses cinquante années de pratique, serait véritablement incalculable.

Beaucoup d'entre eux se plaisent encore à rappeler aujourd'hui, en bénissant sa mémoire, que la moindre acte de bonne volonté pour reconnaître leurs obligations, leur assurait le plus souvent un reçu d'acquiescement général, auquel ne manquaient pas d'être ajoutées quelques bonnes paroles de sympathie et d'encouragement. Et bien souvent aussi, à leur retour à domicile, ils avaient l'agréable surprise de retrouver, sous le même pli que leur reçu d'acquiescement, le tout ou une partie de la somme qu'ils lui avaient offerte en reconnaissance de ses services toujours si généreusement prodigués.

De telles vertus mises en pratiques d'une manière aussi constante, ne pouvaient exister, chez celui qui en donnait l'exemple, sans une grande sensibilité de cœur, un grand fond de douceur et de générosité de caractère.

Tous ceux qui ont eu l'avantage d'approcher de son intimité, savent, en effet, jusqu'à quel degré il reflétait ces douces qualités dans l'intérieur de sa famille et de combien de manières elles se traduisaient au dehors envers les malheureux comme envers tous ses proches.

La Providence ne lui avait accordé que deux enfants de son heureux mariage avec cette femme distinguée qui a la douleur de lui survivre et qui fut toujours la digne compagne de sa vie, en le secondant dans tous ses actes de bienfaisance. Par contre, il fut le bienfaiteur et comme le père de plusieurs enfants de ses proches, éprouvés par le malheur ou l'infortune.

Le Dr Lemieux s'est toujours montré d'une activité infatigable; et l'on peut dire que, durant tout le cours de sa carrière, il s'est dévoué sans relâche, comme sans repos, aux exigences de sa nombreuse clientèle.

La vie intime et les tendres affections du foyer semblent n'avoir été que le seul délassement qu'il ait jamais recherché, pour contre-balancer l'effort des fatigues physiques et morales que lui imposaient ses nombreux devoirs professionnels et son labour incessant. Et comme ses rares loisirs ne lui en permettaient que trop peu souvent la jouissance, il éprouvait le besoin d'associer, pour ainsi dire, le charme et l'amour de ses deux chers enfants à son rôle extérieur, qui le mettait en contact, presque continu, avec les souffrances et les misères humaines. Qui de la génération ancienne pourrait se rappeler, sans attendrissement, la présence presque inséparable de l'un ou l'autre de ces enfants obéissants, dès leur âge le plus tendre, dans la voiture de leur père, pendant ses pérégrinations à travers la ville, pour ses visites aux malades? On devinait facilement que cet homme au cœur sensible et généreux, qui reflétait toujours une bonté pour ainsi dire paternelle au milieu des familles qu'il visitait, durant les épreuves de la maladie, avait besoin du contact, des douces caresses et des joies enfantines de ces êtres bien-aimés, pour dissiper les soucis, la tension nerveuse et morale qu'imposent nécessairement à l'esprit du médecin consciencieux les graves responsabilités d'une clientèle étendue.

Cette grande sensibilité de cœur et son dévouement si charitable, qui se reflétaient d'une manière si constante dans son intimité et dans son rôle professionnel, ne pouvaient manquer de se traduire par des actes de bienfaisance également touchants, en présence des nécessités qu'il était exposé à rencontrer en dehors de ces conditions.

Je n'en citerai qu'un exemple parce qu'il point à lui seul mieux le caractère et les qualités que nous venons d'apprécier ainsi que l'esprit d'originalité que chacun lui connaissait. Ce trait est emprunté à sa notice biographique, publiée par la Revue Médicale, du 11 janvier dernier; il était écrit de la même main de celui qui en avait été le sujet, comme un hommage de pieuse reconnaissance sur la tombe de ce bienfaiteur insigne :

“ En juillet 1886, un jeune homme pâle, érasé de fatigues, était à scier misérablement du bois de chauffage dans un faubourg de Québec, lorsqu'il vit venir à lui et le regarda en souriant, par-dessus ses lunettes, un Monsieur de haute taille, d'apparence et d'une démarche à la fois simples et fières, qui, sans dire un mot, saisit une extrémité de la scie et termina le trait commencé. Puis un sourire bienveillant sur les lèvres, le Monsieur s'assied sur une bûche et tend la main au jeune homme on ne peut plus surpris : “ Mon ami, lui dit-il, vous êtes bien heureux de pouvoir ainsi prendre un peu d'exercice. Vous êtes dyspeptique, sans doute, et ce traitement vous est bon, j'en suis sûr ? ”

“ Pardon, monsieur le Docteur, répond le jeune homme, je digère très bien; mais mon estomac est aussi onnuyeux que ma bourse quand je ne gagne rien. Je fais ce travail pour avoir de quoi payer ma pension et mes cours de médecine. — J'avais deviné quelque chose comme cela, reprend le médecin sympathique, et voilà pourquoi je voulais vous encourager, et même scier du bois avec vous, si j'en avais le temps.”

On pressent facilement le reste de cette épisode. Dès ce moment, l'avenir du jeune homme était assuré par des moyens moins onéreux; et médecin, aujourd'hui, il est précisément celui qui présentait aux lecteurs du journal cité plus haut, quelques jours après la mort du docteur Lemieux, cette notice biographique à laquelle nous empruntons cette touchante anecdote.

Rappelons encore, ici, un autre trait que le même écrivain indique, dans sa notice, comme une dernière indiscretion. “ Savez-vous, ajoute-t-il, comment ce médecin, au cœur compatissant et généreux, s'était habitué à se tenir debout à l'arrière de sa voiture d'hiver? C'est que, bien souvent, sa place était prise par des provisions et même du bois de chauffage qu'il allait porter, en même temps que ses soins gratuits, à ses malades pauvres.”

Ces deux traits peuvent résumer à eux seuls, la richesse des qualités du cœur et la générosité du caractère, qui ont été comme les notes dominantes de la vie professionnelle de ce médecin universellement regretté, en même temps qu'ils laissent entrevoir l'originalité d'esprit et cette bonhomie qui remplissaient de charmes ses rapports intimes et familiaux.

Malgré les devoirs absorbants d'une clientèle très étendue, le Dr. Lemieux trouvait encore moyen de faire bénéficier de ses services quelques-unes des communautés religieuses de cette ville, et différents hôpitaux, dont la plupart à titre purement gratuit.

Il fut appelé, de plus, aux charges les plus importantes dans sa profession. En 1877 il fut élu gouverneur du Bureau des Médecins et des Chirurgiens de la province de Québec, qui venait de se réorganiser et dont le rôle et les attributs devaient être d'exercer un contrôle sur l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine, dans cette province, ce qui, par suite, lui donnait la haute main sur le programme des études médicales.

De tels attributs accordés, à la constitution de ce Bureau, touchaient de bien près aux privilèges des écoles enseignant la médecine, et pouvaient en faire naître facilement des conflits, ou, du moins, donner lieu, de part et d'autre, à la discussion des plus sérieux intérêts de l'enseignement médical en ce pays.

Ces écoles de médecine obtinrent le droit, accordé à leurs légitimes prétentions, d'être représentées dans ce Bureau. Le Dr. Lemieux que sa réputation d'intégrité parfaite, sa droiture d'esprit et ses connaissances générales désignaient naturellement à ce rôle, fut choisi comme l'un des représentants de l'Université Laval; et, de concert avec ses collègues, il se montra toujours le plus fermement dévoué aux intérêts de cette université, qu'il réussit à sauvegarder, en toutes circonstances, tout en favorisant les réformes dont le but était de relever le niveau des études médicales et de la profession.

Grâce à son esprit de discernement et à l'aménité de son caractère, ses services et son rôle furent si bien acceptés qu'il fut élu, dès cette même année, vice-président de ce bureau, de 1878 à 1883; puis président, de 1883 à 1886. Il en demeura l'un des gouverneurs actifs jusqu'à l'année qui précéda sa fin.

En 1854, le pays devint menacé d'une nouvelle invasion du terrible fléau du choléra, qui avait déjà révi à l'état d'épidémie quelques années auparavant, en semant l'épouvante et la mort parmi nos populations. Le gouvernement nomma une commission spéciale des médecins les plus compé-

tents et les plus en renom par leur savoir, pour l'aviser sur les mesures sanitaires les plus propres à sauvegarder le territoire et pour répandre parmi les masses les instructions à suivre en vue de la préservation individuelle. Le docteur Lomieux, que son séjour comme médecin interne à l'Hôpital de la Marine, avait rendu familier avec ces questions d'hygiène relatives aux maladies contagieuses, et qui d'ailleurs était déjà un médecin de réputation, fut choisi comme l'un des membres de cette importante commission. Son expérience et sa science lui permirent en effet de rendre des services signalés.

En 1894, le gouverneur de cette province, pénétré de l'importance d'ajouter aux autres services de l'administration générale, un service permanent d'hygiène, pour veiller aux grands intérêts de la santé publique, et lutter contre les maladies contagieuses et épidémiques, en particulier, nomma un Conseil de cinq médecins, sous le titre de Conseil d'Hygiène de la province de Québec. Ce Conseil associé à la haute direction d'un ministre, devait une partie intégrante, dans le rouage administratif. Le docteur Lomieux, par les services déjà rendus et par sa compétence acquise dans la lutte contre les maladies contagieuses, fut naturellement désigné au choix des autorités. Ici, encore, il participa à l'organisation de ce Conseil, et il en resta l'un des membres actifs jusqu'à ces dernières années, non sans avoir pris une large part à ses travaux les plus importants.

L'œuvre du Conseil d'Hygiène n'est pas de celles qui à première vue peuvent être appréciées facilement à leur mérite par le public en général. Pour donner un aperçu de l'importance de cette œuvre, dans son ensemble, ainsi que de la valeur des résultats qui en ont découlé jusqu'à ce jour et qu'on peut en attendre à l'avenir, je ne m'arrêterai qu'aux faits suivants : c'est grâce au travail intelligent et élaboré de ce Conseil que notre province a été dotée d'un code de législation sanitaire qui, dans les derniers congrès d'hygiène, aux États-Unis et même en Europe, a été jugé l'un des plus complets et des mieux ordonnés qu'aucun pays ne possède.

C'est aussi à la faveur de cette législation, marquée au coin d'un grand sens pratique et des progrès de la science de l'hygiène, que des bureaux de santé ont été établis, dans chacun des centres municipaux de cette province. Ces bureaux locaux soumis à la direction du Conseil, sont, pour les maladies contagieuses et épidémiques comme des sentinelles avancées qui servent à déprimer l'ennemi et permettent de l'attendre sur place, avant qu'il ait exercé ses ravages au loin.

Les résultats qui ont fait suite au travail d'ensemble de ces organisations sanitaires, aidées en même temps de la diffusion des connaissances de l'hygiène et de l'assainissement des milieux, ne sont pas fait longtemps attendre. Ils ont été accusés ici comme ailleurs, par une diminution constante et progressive de la mortalité générale.

Et puisque nous sommes à faire la part de mérite de l'un des membres fondateurs de cette œuvre, maintenant disparu de la scène, rappelons à la louange de tous, de ses collègues du Conseil d'Hygiène comme des gouvernements qui ont donné leur sanction et leur coopération à ces travaux; que la mortalité générale, parmi notre population qui était de 39 à 32 pour 1'000 avant 1888, a été abaissée progressivement jusqu'au chiffre de 22 à 23 pour ces deux dernières années : ce qui, pour une population de 1,500,000 âmes dans notre province, constitue une épargne de 15,000 vies par année.

Je ne sache pas qu'il y ait dans tout le rouage administratif, un service public qui puisse se vanter de résultats aussi valables et plus dignes d'être appréciés.

Ces 15,000 vies que le Conseil d'Hygiène nous épargne chaque année en retour des quelques milliers de piastres que le gouvernement met à sa disposition, ajoute d'autant à l'accroissement de notre population et à la force nationale ; et les éléments qui nous sont ainsi conservés étant intimement liés à notre nationalité par la langue, les mœurs et l'esprit de patriotisme, ne sont pas un appoint de moindre valeur pour l'avenir de notre jeune pays, qu'un nombre égal d'éléments étrangers que l'on importe, souvent au prix des plus grands sacrifices.

Et le moins que l'on puisse dire à l'honneur de tous ceux qui ont mis leur science et leur travail au service de cette œuvre de préservation nationale, c'est qu'ils ont bien mérité de la patrie et de l'humanité.

L'Université Laval est fière de constater parmi les noms associés à cette œuvre patriotique celui du plus ancien de ses professeurs qui a fait honneur à son enseignement et dont elle conservera longtemps le meilleur souvenir.

Ajoutons à cet éloge, une dernière épisode de la vie professionnelle de ce regretté collègue. Il y a deux ans les médecins de la ville de Québec et du district environnant se réunissaient dans les salles de cette Université, pour jeter les bases d'une société médicale, destinée à favoriser leurs études et leur instruction mutuelle. Le vœu unanime de tous les membres présents fut d'offrir le

titre de président honoraire à Monsieur le Dr Lemieux, doyen de la Faculté de Médecine, comme un dernier hommage d'estime et de reconnaissance envers sa carrière si bien remplie et qui avait fait tant d'honneur à la profession.

Comme professeur à l'Université Laval, le rôle du Dr Lemieux n'a pas été moins bien rempli ni moins fécond que celui qu'il a joué dans la clientèle et dans les charges importantes auxquelles il avait été appelé. Il apporta toujours dans son enseignement, une préparation consciencieuse, on même temps qu'une compétence scientifique bien appréciée : il s'y distingua non seulement par l'étendue de ses connaissances, la sûreté de son jugement, mais aussi et surtout par son habileté dans l'art oratoire de la chirurgie.

Dans la chaire d'enseignement théorique, il n'était pas précisément le professeur disert, éloquent, qui cherchait à captiver l'esprit de ses élèves par les charmes de la diction ou des formes oratoires : d'ailleurs rien de plus positif ni de plus aride que les descriptions et les démonstrations de l'anatomie, sur le cadavre, qui faisaient la matière de son cours. Par contre, son enseignement était substantiel, précis et toujours marqué au coin de la plus saine érudition.

Comme cette science de l'anatomie, bien que tout à fait fondamentale pour l'étude de la médecine, est par trop matérielle dans son objet, ce professeur consciencieux ne manquait pas, dans l'occasion, d'en faire ressortir une note plus élevée et de sentiment religieux. Dans la description, particulièrement, de certains appareils de l'organisation du corps humain qui résistent à l'application la plus parfaite et la plus intelligente des mêmes lois de la Nature que l'on retrouve çà et là dans les découvertes de la science et dans les inventions du génie de l'homme, il se plaisait à s'arrêter pour appuyer sur la perfection de l'ensemble du plan organique de cet être supérieur, désigné à juste titre, comme le chef-d'œuvre de Dieu, dans la création ; et, après avoir démontré, par l'analyse des détails, la sage prévoyance et la suprême intelligence du grand architecte qui le créa de ses mains, il résumait ses observations par ses paroles simples mais d'un grand sens, qu'on tous ceux qui ont passé par son enseignement ne sauraient avoir oubliées " Comme vous le savez, messieurs, et comme vous le voyez ici, ce que le bon Dieu a fait est bien fait ; " paroles qu'il prononçait sur le ton de sa bonhomie ordinaire, mais avec un accent de conviction profonde et de foi sincère, qui ne manquait pas d'impressionner, de la manière la plus salutaire, toute cette jeunesse appelée, dès son entrée dans les études médicales, à analyser et à approfondir la constitution physique de la personne humaine réduite à l'état de cadavre, alors que l'esprit qui l'avait animée, est déjà rendu devant son Créateur.

Mais le rôle avec lequel le Dr Lemieux a le plus identifié son prestige et sa réputation et dans lequel il a jeté le plus vif éclat sur l'enseignement universitaire, est sans conteste celui de professeur de la clinique chirurgicale dans les hôpitaux. Doué de connaissances générales sur les différentes branches de la médecine, d'une science approfondie de l'anatomie humaine et de l'art opératoire, et muni, en même temps, d'une expérience acquise sous les meilleurs maîtres et dans les services d'hôpitaux les plus riches en matériaux d'observations, il s'était trouvé placé dans les conditions les plus favorables pour arriver à une prépondérance marquée dans ce rôle difficile et plein de responsabilités. À la sûreté et à l'habileté du diagnostic, rarement prise en défaut, il joignait une telle délicatesse et une telle dextérité, mêlée d'aisance, dans ses opérations, que l'on pouvait dire avec vérité qu'il était un artiste dans le genre.

Ces qualités méritaient d'autant plus d'être appréciées que, durant presque tout le cours de sa carrière, on ne connaissait pas encore les doctrines microbiennes, ni les pratiques de l'autasepsie, qui, de nos jours, permettent sans aucun danger, pour ainsi dire, les plus grandes hardiesses chirurgicales, et que, dans ce temps-là, surtout, la sûreté et le succès des opérations dépendaient précisément de la réunion plus ou moins complète chez le chirurgien, de ces qualités que notre regretté considérait posséder à un si haut degré.

Cette supériorité dans l'art opératoire ne lui fut jamais contestée ; et plusieurs jeunes médecins, de ses anciens élèves, qui avaient eu l'avantage de passer en Europe et de voir les grands-maîtres à l'œuvre, se plaisaient à leur retour à lui rendre ce témoignage qu'ils avaient fièrement vu dans les hôpitaux des grands centres de Londres ou de Paris, des chirurgiens opérer avec autant d'art et de sûreté.

Ces témoignages de sincère admiration que nous avons nous-mêmes entendus répéter, ne faisaient pas seulement honneur au professeur émérite qui en était l'objet, mais à ceux-là même qui les rendaient ; car ces jeunes médecins, distingués et pleins de gratitude, dont plusieurs sont aujourd'hui au premier rang dans la profession, n'étaient pas de ceux, évidemment, qui, après avoir vu l'exposition de la science et de l'art de la médecine sur des champs plus vastes, de l'autre côté de

l'Océan, affluant à leur retour, peut-être un peu par le besoin de se grandir, de mettre en oubli ou même de rabaisser la valeur de l'éducation professionnelle qu'ils ont reçue à leur *Alma Mater*.

Le docteur Charles-Eusèbe Lemieux est mort à l'âge avancé de soixante-quinze ans. Il était doué d'une magnifique constitution physique; et jusqu'à l'avant-dernière année de sa vie il continua de remplir avec une activité presque égale sinon avec le même éclat, son rôle dans la clientèle, dans l'enseignement universitaire et dans la clinique des hôpitaux.

On peut ajouter qu'il est tombé sur le champ d'honneur. En effet, c'est précisément dans les salles de l'Hôtel-Dieu, où il avait prodigué ses soins et son labeur envers les malades pauvres, pendant près de quarante ans, après l'une de ces longues séances que nécessitent les services de la chirurgie, qu'il a été frappé soudainement de cette *maledio* incontrôlable qui le réduisit à l'impuissance, et le condamna à un repos forcé; repos qu'il consacra tout entier au recueillage de son âme en attendant l'heure du repos sans fin, dans un monde meilleur, où il est allé recevoir la récompense de son travail et de ses nombreux bienfaits.

Telle a été la carrière de ce médecin émérite et universellement apprécié, à la mémoire duquel l'Université Laval est heureuse d'offrir un hommage public en reconnaissance des longs services qu'il a rendus à la cause de l'enseignement. La meilleure preuve de sincère admiration qu'elle puisse ajouter à cet éloge, c'est de proposer sa vie toute de dévouement et de généreux sacrifices, comme le plus bel exemple à suivre, à la classe de ses élèves finissants, auxquels elle fera, ce soir, ses adieux, et qui, munis des diplômes qu'elle leur accorde comme sanction du succès de leurs études, commenceront bientôt leur rôle dans cette même carrière illustrée par leur très digne et très regretté professeur.

On nous dit que vu l'abandon du projet d'une Bibliothèque Provinciale par le Collège des médecins, le Bureau a l'intention de faire une certaine distribution des volumes qu'il a en main. Le Bulletin croit être l'écho de la profession médicale de ce district en demandant que cette répartition soit faite entre les différentes Sociétés de la Province. Chacune d'elles ayant sa Bibliothèque et sa salle de lecture, ce mode de distribution serait le plus équitable et le plus sûr moyen d'atteindre les membres de la profession.

Il est encore question paraît-il de réformes dans les programmes d'examens pour la médecine.

Nous nous reposons en toute confiance sur nos représentants du Bureau pour veiller à ce que les qualifications des aspirants soient réhaussées, si possible et non abaissées, comme on semble le craindre avec raison en certains quartiers.

A TRAVERS LA THÉRAPEUTIQUE

Le chloroforme en application externe

Il n'est pas facile, je crois, de trouver une médication dirigée contre l'élément douleur qui, dans ses applications externes, puisse surpasser et même égaler le chloroforme-

Les coliques hépatiques, les douleurs intercostales, gastriques, les névralgies de tout ordre, les plus récentes surtout, le lombago, la sciatique, le torticolis etc., disparaissent à peu près instantanément par l'emploi de ce médicament dont l'action est aussi sûre que prompt et inoffensive.

L'effet n'est pas toujours définitif, il est vrai, mais chaque application donne un soulagement très appréciable et rend par là un réel service et au patient et au médecin.

A part l'effet thérapeutique, son mérite incontestable est de restreindre, dans une proportion notable, l'usage de la morphine qui constitue pour cette catégorie de malades, une sorte de danger public. Son mode d'emploi, déjà connu du plus grand nombre sans doute, est des plus simples. Il suffit de verser sur un linge quelconque 2 à 3 cuillerées à thé d'un mélange de 2 à 3 parties d'amidon (empois) cuit de la consistance de la mélasse, avec une partie de chloroforme, et d'en frictionner rapidement, pendant 5 à 10 secondes, la partie douloureuse qu'on aura le soin de recouvrir aussitôt après.

Presqu'instantément il se produit une sensation très vive de chaleur qui ne dure heureusement que $\frac{1}{2}$ minute au plus. Il est bon que le malade en soit prevenu.

Lorsqu'un premier essai n'a pas été suffisant, on peut répéter, tout aussitôt, l'application sur un point voisin de la surface préalablement touchée.

Je sais qu'il y a un grand nombre de topiques fort vantés dans les mêmes cas, mais au point de vue pratique, la révulsion immédiate et constante, produite par le chloroforme, mérite sûrement la préférence.

Quand une fois, on a essayé cette médication, le malade et le médecin ne l'oublient jamais.

Modes d'administration de la Créosote

La valeur thérapeutique de ce précieux médicament, nous justifie de remettre sous les yeux du praticien les différents modes d'administration qui ont donné les meilleurs résultats.

I. Voie stomacale. Les formules suivantes en font, sinon une friandise, du moins un médicament fort acceptable et pour les enfants et pour les malades difficiles,

(a)	Créosote de hêtre	10	grammes.
	Alcool rectifié.....	250	"
	Glycerine.....	100	"
	Sirop tolu.....	500	"
	Eau pure,	} à à	70
	Eau de menthe.		

Deux à trois cuillerées à thé avec du lait, 3 à 4 fois dans les 24 heures.

On peut ajouter avec beaucoup d'avantage à cette formule de l'hypophosphite de chaux.

II. Voie rectale. Pour les partisans des doses massives, la voie rectale est celle qui doit être choisie à l'exclusion de toute autre.

Le lavement qui se compose de 18 gouttes de créosote pour 4 oz. d'eau chaude est toujours facilement gardé et même complètement absorbé. Quelques minutes après le malade en perçoit très bien le goût et l'odeur. Ce procédé est commode, facile et sans danger.

On peut répéter le lavement 2 à trois fois par 24 heures. Il est bon toutefois d'y aller par dose progressive.

III. Voie respiratoire. Une formule qui donne toujours d'excellents résultats est la suivante.

Eucalyptol.....	dr.	ijss.
Créosote.....	dr.	ij.
Alcool rect.....	oz.	iiij.

On en fait évaporer 1 cuillerée à thé par pinte d'eau bouillante plusieurs fois par jour.

IV. Voie hypodermique. Comme il faut souvent entourer d'un soin pieux l'estomac de ceux qui ont besoin de créosote et qui ne peuvent l'ingérer sans fatigue, la voie hypodermique doit être préférée.

Alors on n'aura qu'à choisir parmi les formules ci-dessous.

(a)	Guaïacol	} aa	dr. ijss
	Eucalyptol		
	Huile d'amandes douces, ad, oz. iiij.		

(b)	Guaïacol.....	lxxv
	Eucalyptol	oz. ss
	Iodoforme	grs. xv.
	Huile d'amandes ou d'olive ad. oz. iiij.	

La quantité pour chaque injection dans le tissu cellulaire ou le muscle sera de 5 à 20 gouttes par jour.

Analyse quantitative du sucre dans le diabète

Il n'y a assurément pas de moyen plus pratique que le suivant :

Multipliez les 2 derniers chiffres de la densité par 2 et le produit par le nombre de litres émis. Ensuite on retranche 60 grammes représentant à peu près la valeur des autres éléments de l'urine.

Exemple. La densité étant 1045 et l'émission d'urine de 2500, le poids du sucre sera exprimé par la formule suivante :

$$(45 \times 2 \times 2500) - 60 = 165 \text{ grammes.}$$

L'ERGOTINE DANS LE TRAITEMENT DES ECCHYMOSES DES PAUPIÈRES.

D'après le Dr D Roy (d'Atlantic) on pourrait activer considérablement la disparition des ecchymoses palpébrales d'origine traumatique, ordinairement si lentes à se résorber, en badigeonnant trois fois par jour les parties atteintes avec un mélange à parties égales d'ergotine et d'eau.

C. R. P.

NOUVELLÉS

Nous apprenons avec plaisir l'heureux retour au milieu de nous du Dr P. H. Bédard, après un séjour de quelques mois à Paris, où il s'est livré à l'étude des maladies de la peau.

Quatre de nos confrères nous reviennent satisfaits de leur visite à Toronto où ils s'étaient rendus pour assister à la convention de l'association médicale Canadienne Messieurs les Drs Ahern Robitaille Marois et Coote. La réception a été magnifique; les travaux nombreux et très bien faits. Faute d'espace le rapport de cette convention a été remis au prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE

INTERNATIONALS CLINICS—Édité par Judson Daland, M.D. Philadelphie, publié par la Cie J. B. Lippincott, Philadelphie. En vente par Charles Robert, Agent 1524 Rue Ontario, Montréal.

Le Dr Daland a eu l'heureuse idée de publier tous les trois mois en un joli volume, les meilleures cliniques des grands maîtres de l'Europe et de l'Amérique.

Ces volumes renferment les découvertes les plus récentes en agents thérapeutiques, traitements, médecine, neurologie, chirurgie, gynécologie, et obstétrique, ophthalmologie, laryngologie, et dermatologie, etc.

Nous nous permettrons d'introduire quelques extraits pour en faire bénéficier nos lecteurs et leur donner un aperçu de l'excellente idée de l'éditeur

Toujours utile

La santé est le zéro qui fait valoir les biens de la vie. Par malheur le plus grand nombre par leur folie et leur excès le font passer à gauche.

Les clients sont comme les aiguilles aimantées : ils s'attirent l'un l'autre, à la condition toutefois que les premiers adhèrent solidement.

L'esclave n'a qu'un maître, tandis que le médecin ambitieux en a autant qu'il y a de gens utiles à sa fortune.

Tenons pour maxime que le fruit des belles actions est celui de les avoir faites.

Il n'y a qu'une manière de paraître droit : C'est de l'être en toute chose.

On juge très souvent d'un médecin d'après le cercle d'amis qu'il fréquente.

Quand celui qui souffre conserve encore une étincelle d'espoir, que ce soit croyance ou superstition, ne soufflons pas sur cette chétive lueur qui épargne au moins l'horreur des ténèbres ; ce serait de l'impiété inutile.

Nous nous privons chaque jour d'autant de bonheur que nous omettons de bonnes actions.

Il est souvent plus juste et plus utile de cadrer aux autres, que de faire que les autres s'ajustent à nous.

N'oublions pas dans les heures de découragement que, si le monde est profondément égoïste, il méprise pourtant ceux qui ne pensent qu'à eux et admire toujours le vrai dévouement.

Toute révélation d'un secret est la faute de celui qui l'a confié.

Faites preuve de tact et de bon goût dans l'arrangement de votre bureau ; donnez-lui un air coquet, que tout soit en ordre et à sa place, que l'on ne puisse pas dire que c'est un bureau d'avocat, ni une fabrique d'instruments ; encore bien moins une chambre à fumer ou une salle de réunion.

Le conseil pour un fou vaut le savon pour un nègre.

A la ville une grande clientèle rapporte des rentes et à la Campagne des rhumatismes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE

Contrairement à ce qui a été annoncée, la prochaine séance de la Société Médicale n'aura lieu que le 12 octobre.

DR. E. CASGRAIN

— ET —

MADAME DR. EMMA CASGRAIN

DENTISTES

51 — RUE ST-JEAN — 51

— TELEPHONE 915

LA BANQUE NATIONALE VINS DES CARMES

SIÈGE PRINCIPAL :

QUEBEC

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

BUREAU DE DIRECTION :

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

SUCURSALES

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

AGENTS

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

(MEDICINAL)

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

A un vin liqoureux de 1ère qualité est ajouté :

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

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

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

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

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

A. TOUSSAINT & CIE

Quebec.

Dr. Ed. Morin & Cie

PHARMACIENS

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

QUEBEC

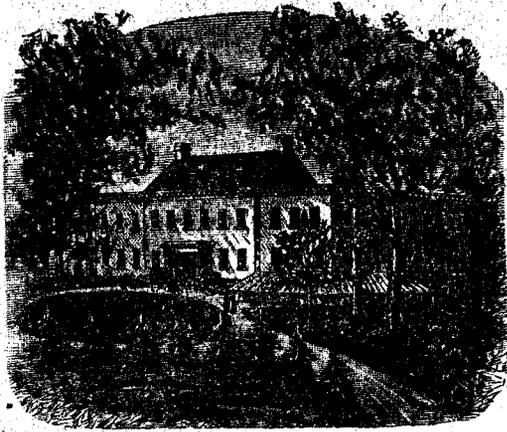
Nous gardons toujours en magasin un assortiment complet de
Drogues, Médecines patentées, Articles de Chirurgie, Articles de Toilette,
Bandes herniaires, Bandes Abdominales, entre autre, la SANGLE
ELASTIQUE de Glenard (à \$1.60 pièce) etc., etc., que nous
vendons au plus bas prix du marché

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

DR. ED. MORIN & CIE

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

Quebec



Belmont Retreat

Hopital Privé

Quebec

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

Département réparé pour les dames

J. M. MACKAY

PROPRIÉTAIRE

Telephone 421. P.O. tiroir No 173. Quebec.

LA CAISSE DES FAMILLES

SOCIÉTÉ DE SECOURS

Avec l'approbation de Sa Grandeur Mgr Bégin

Paiements mensuels

Taux fixes et minimes

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

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

	Age	\$ c.
Taux mensuels, durant toute la vie pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort.....	18 à 25	1.20
	25 à 30	1.30
	30 à 35	1.40
	35 à 40	1.70
	40 à 45	2.00
	45 à 50	2.50

	Age	\$		Age	\$
Taux mensuels, durant vingt ans pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à 76 ans	18 à 25	1.20	Taux mensuels, durant quinze ans, pour une assurance de \$1,000.00 payable à la mort ou à soixante-dix ans.	18 à 25	1.60
	25 à 30	1.30		25 à 30	1.70
	30 à 35	1.40		30 à 35	1.80
	35 à 40	1.50		35 à 40	2.10
	40 à 45	2.00		40 à 45	2.70
	45 à 50	2.50		45 à 50	3.30

Cette institution, qui a mérité la confiance du public, est aujourd'hui l'une des plus recherchées. Des circulaires faisant connaître les avantages de la société seront envoyés gratuitement à toutes personnes qui en feront la demande au gérant.

NARCISSE COTE 37 rue St-Joachim

W. BRUNET & CIE

Pharmaciens en Gros

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

UNE VISITE DE MM. LES MEDECINS EST SOLLICITEE