

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées. |
| <input type="checkbox"/> | Tight binding may cause shadows or distortion
along interior margin / La reliure serrée peut
causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la
marge intérieure. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Pagination irrégulière. |

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, FONDÉE EN 1872.

COMITÉ DE RÉDACTION :

DRS. A. LAMARCHE, S. LACHAPPELLE ET H. E. DESROSIERS.

L'UNION

paraît au commencement de chaque mois.

ABONNEMENT :

\$3.00 par Année
payable d'avance.

UN NUMERO : 25 CENTIMS.



Adresse de la Rédaction et de l'Administration :

Boite 2040 Br. de Poste
MONTREAL.

Tout ouvrage dont il sera adressé deux exemplaires à la rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

SOMMAIRE :

TRAVAUX ORIGINAUX. — Considérations générales sur la physiologie du médicament, lu devant la Société Médicale de Montréal par le Dr L. J. V. Cléroux.—De l'arsenic dans les fièvres intermittentes, par Ph. Carrière, M D. Trenton, Ontario.—Chimie médicale : l'urine, par le Dr N. Fafard (*suite*). 245
HÔPITAUX. — Hôpital Notre-Dame, Montréal..... 257

REVUE DES JOURNAUX. PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—De l'hypertrophie du cœur d'origine morale.—Traitement des sueurs nocturnes chez les phthisiques..... 262

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.—Importance d'amputer sans retard et haut dans les cas de gangrène traumatique.—Progrès de la chirurgie dans le traitement des articulations ; épanchement de sang, de sérosité, de

pus, luxations anciennes, opérations pour les fractures du rotule..... 271

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Traitement de la métrorrhagie—De la dilatation manuelle pour provoquer l'accouchement rapide dans l'éclampsie 278

FORMULES ET PRESCRIPTIONS. — Traitement de l'eczéma génital.—Dipsomanie.—Formule contre la dyspepsie.—Traitement de la coqueluche..... 284

BULLETIN. — Hôpital Notre-Dame. — Non possumus !—Un abus.—Petite correspondance. — Bibliographie. — Brochures reçues.—Nécrologie..... 285

NOUVELLES MÉDICALES. — Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.—Loi médicale.—Nominations. Hôpital Notre-Dame—Université Laval à Montréal.—Mariages—Décès.—Supplément de l'Union Médicale..... 300

Ceux qui désirent communiquer verbalement avec l'administration peuvent s'adresser soit au DR A. LAMARCHE, No. 276, Rue Guy, soit au DR H. E. DESROSIERS, 70, rue St. Denis.

A LA PROFESSION MEDICALE

LACTOPEPTINE

Nous avons réussi, après une longue série de soigneuses recherches à en produire les différents éléments à l'état de pureté absolue et exempts du goût et d'odeur désagréables (la couleur en a aussi été légèrement changée.) Nous nous flattons d'avoir par ce moyen grandement augmenté ses propriétés digestives et nous pouvons affirmer sans hésitation que la Lactopeptine telle que nous la produisons est un digestif aussi parfait qu'il est possible d'en produire.

FORMULE DE LA LACTOPEPTINE.

Sucre de lait.....	40 onces.	Diastase ou Ptyaline vég.....	1 drachmes.
Pepsine.....	8 onces.	Acide lactique.....	5 fl. drachmes.
Pancréatine.....	6 onces.	Acide hydrochlorique.....	5 fl. drachmes.

La LACTOPEPTINE doit son grand succès entièrement à la profession médicale et se vend presque exclusivement par prescription. Son emploi presque universel par les membres de la profession est la meilleure preuve que nous puissions donner de ses qualités thérapeutiques.

Les soussignés ayant fait usage de la LACTOPEPTINE, recommandent son emploi.

- ALFRED L. LOOMIS, M. D., *Professeur de Pathologie et de Pratique de la Médecine, Université de la Cité de New-York.*
- SAMUEL R. PERCY, M. D., *Professeur de Matière Médicale, Collège Médical, New-York.*
- F. LE ROY SATTERLEE, M. D., Ph. D., *Professeur de Chimie, Mat. Méd. et Therap. au Collège de Dent de New-York; Prof. de Chim. et d'Hygiène au Collège Vet. Am., etc., etc.*
- JAS. AITKEN MEIGS, M. D., Philadelphia, Pa., *Professeur des Institutes de médecine et de Jurispr. médic. au Coll. médic. de Jefferson, médecin à l'hôpital de Penn.*
- W. W. DAWSON, M. D., Cincinnati, Ohio, *Prof. de princ. et de prat. de Chirurgie au Coll. méd. d'Ohio, chirurgien à l'hôpital du Bon Samaritain.*
- ALBERT F. A. KING, M.D., Washington, D. C., *Prof. d'Obstétrique à l'Université de Vermont.*
- D. W. YANDELL, M. D., *Professeur de la science et de l'art de la Chirurgie et de Clinique chirurgicale à l'Université de Louisville, Ky.*
- L. P. YANDELL, M. D., *Professeur de Clinique médicale, de maladies des enfants et de Dermatologie, Université de Louisville, Ky.*
- ROBERT BATTEY, M. D., Rome, Ga., *Professeur Envrité d'Obstétric, Collège de Médecine d'Atlanta, Ex-Président de l'Association Médicale de Georgie.*
- CLAUDE H. MASTIN, M. D., LL. D., Mobile, Ala.
- PROF. H. C. BARTLETT, Ph. D., F. C. S. London, England.

LISTE DES PRIX.

LACTOPEPTINE (par bouteilles d'une once).....	à l'once	\$ 1.00
" (par bouteilles 1/2 lb.).....	par doz.	10.00
" (par bouteilles 1/2 lb.).....	par lb.	12.00

Nous préparons aussi la Lactopeptine combinée avec différents Elixirs ou Sirops.

ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE de NEW YORK,

10 et 12, PLACE DU COLLEGE, NEW YORK.

Agents en Gros: LOWDEN & CO., Toronto, Ont.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations générales sur la physiologie du médicament. (1)

PAR L. J. V. CLÉROUX, M.D.

Les phénomènes physiologiques, relatifs à l'emploi des médicaments sont multiples et identiques sous plus d'un rapport à ceux de la nutrition. La vie ne se répare pas autrement qu'elle s'entretient et qu'elle se reproduit. L'organisme malade demande son aliment spécial qui n'est autre que le médicament ; et, pour produire son effet, celui-ci doit d'abord être introduit dans l'économie, en imbibant les tissus et en être rejeté ensuite.

Ces trois actes nous amènent à considérer l'absorption du médicament sa circulation et son électivité ; les mutations qu'il subit sur les surfaces d'application et dans le trajet circulatoire, ses destinées ultérieures, c'est-à-dire son élimination et sa fixation temporaire dans l'économie.

Avant d'entrer en matière il conviendrait peut-être de définir le médicament. "C'est l'instrument de l'indication" dit Fonsagrives et Ferraud propose de le définir : "Tout agent capable d'aider l'économie dans la réparation de ses éléments et dans le rétablissement de ses fonctions normales afin de combattre les conditions affectives diverses."

Tous les médicaments à action générale entrent dans la circulation et vont imprégner les organes jusqu'à ce qu'ils soient éliminés ou détruits.

Dans quelque point de l'économie que s'opère cette introduction des médicaments qui constitue l'absorption, ils trouvent sur leur passage un épiderme ou un épithélium qui les sépare des vaisseaux lymphatiques ou veineux dans lesquels ils doivent pénétrer. Cette barrière quasi consciente que forment les épithéliums s'ouvre avec complaisance dans quelques

(1) Travail lu devant la Société Médicale de Montréal.

parties de l'économie et pour des substances choisies; tandis que dans d'autres elle se refuse complètement au passage d'éléments externes.

L'absorption des médicaments peut s'opérer dans presque toute l'étendue de la muqueuse digestive. Celle de la *bouche* y est peu propre en général; elle a été utilisée dans certains cas pour les frictions auriques et mercurielles par la méthode de Chrestien et de Clare qui est aujourd'hui presque inusitée.

Plusieurs physiologistes refusent à l'estomac toute faculté absorbante. Le rôle de l'épithélium cylindrique de l'estomac serait de donner lieu à des produits de sécrétion, de protéger l'organe contre l'action digestive du suc gastrique et de s'opposer à l'absorption. La quantité de substances alimentaires absorbée par cet organe peut en effet être si minime qu'on la considère comme nulle. Mais cette muqueuse si riche en vaisseaux sanguins et lymphatiques serait-elle imperméable au point de refuser passage à des éléments aussi actifs sous un petit volume, que le sont les médicaments, surtout lorsque ces substances sont en contact avec l'estomac dans un temps où les globules épithéliaux sont pour ainsi dire en refus de sécrétion?

Indépendamment de ses aptitudes absorbantes assez médiocres ou nulles, l'estomac offre un autre inconvénient comme voie d'absorption, celui de se révolter à la longue contre les médicaments au préjudice de ses fonctions d'élaboration alimentaire. Cet inconvénient se constate surtout lorsqu'on n'administre les médicaments que dans l'état de vacuité de l'organe. Cet état est nécessaire si l'on veut obtenir une action locale sur les parois de la muqueuse gastrique; comme une anesthésie de ses papilles nerveuses par l'éther, les opiacés, le chloroforme, un effet astringent, cathéritique ou hémostatique par le tannin, l'alun, le sulfate de fer, le perchlorure de fer, une saturation chimique de ses produits sécrétés trop abondamment par le moyen de l'eau de chaux, de la magnésie etc., il est évident que ces médicaments doivent être administrés à jeun sous peine de les affaiblir par une dilution intempestive, et d'interposer les aliments entre eux et la muqueuse sur laquelle ils doivent agir topiquement. La même précaution est encore plus rigoureusement indispensable lorsque les médicaments exercent sur les fonctions de l'estomac une action perturbatrice du travail digestif. Mais on peut dire en général, sauf des cas déterminés qu'il y a plutôt avantage qu'inconvénient à associer les médicaments aux aliments ou à donner les uns et les autres dans un temps assez court pour que la digestion s'en fasse du même coup. Ce sont surtout les médi-

caments entrophiques que l'on a avantage à administrer par la méthode alimentaire tels que le phosphate de chaux, le fer, les iodiques, l'huile de foie de morue. La crainte théorique que le fer pris en mangeant ne rencontre dans l'estomac une acidité suffisante pour le dissoudre, tombe devant l'expérience qui montre avec quelle facilité il est utilisé et toléré quand on le prend au moment des repas, tandis qu'à jeun, il détermine si souvent de la pesanteur et des crampes d'estomac. L'utilité de prescrire l'huile de foie de morue à un moment rapproché des repas est encore mieux démontrée. Le mercure est dans le même cas. Si le lait adoucit comme on le dit la liqueur de Van Swieten cela tient à ce que l'action topique du médicament est atténuée et que profitant de la perfection d'une élaboration physiologique normale, il franchit les barrières d'absorption sous une forme plus divisée, plus douce, plus efficace. Les purgatifs eux-mêmes sauf les purgatifs salins agissent d'autant plus sûrement et avec d'autant moins de coliques et de flatuosité qu'on facilite leur action par l'administration simultanée d'un aliment léger. La magnésie, l'huile de ricin, le calomel, la gomme gutte, l'aloès, la scammonée sont dans ce cas.

Les formes médicamenteuses qui conviennent le mieux à cette voie d'absorption sont certainement les solutions, les teintures étendues, les poudres solubles. La forme pilulaire si souvent usitée est moins favorable.

La muqueuse intestinale absorbe avec une grande facilité. Le phénomène de passage produit par l'absorption est due à la vitalité propre de l'épithélium qui par sa nutrition se gorge des substances avec lesquelles il est en contact et les transmet ensuite aux éléments globulaires du corps des villosités. La pénétration a eu lieu, il suffit désormais d'un phénomène de diffusion pour que le sang absorbe le liquide avec lequel il est en contact.

La muqueuse rectale est aussi souvent utilisée dans le même but et elle est très capable d'absorption pourvu qu'on la débarrasse, par un évacuant des matières susceptibles d'empêcher le contact du médicament et de la muqueuse.

Plusieurs médicaments s'absorbent aussi vite par la muqueuse rectale que par celle de l'estomac; il en est même, tel que l'opium, la belladone, la solution de strychnine et d'iodure de potassium dont l'absorption rectale est plus rapide que celle de l'estomac.

Mais, indépendamment de la puissance absorbante prononcée qu'a cette muqueuse pour certaines substances, le champ d'absorption étant moins vaste par l'administration rectale

que par celle de l'estomac on comprend que pour obtenir le même effet, la quantité médicamenteuse injectée devra être plus considérable que celle qu'on introduit dans l'estomac. L'expérience démontre que la dose à prendre par l'intestin est triple de celle qu'on prendrait par la bouche, cependant cette règle souffre des exceptions comme on vient de le voir.

M. Demarguay émet à ce propos que dans le traitement des accidents syphilitiques tertiaires, on pourrait pour ménager l'intégrité des fonctions de l'estomac recourir à l'emploi des lavements iodurés. Le rectum n'est pas seulement une voie d'absorption pour des effets généraux ; on peut l'utiliser aussi sur des organes voisins. M. le professeur Courty emploie très habituellement des injections rectales d'onguent mercuriel simple ou belladonné dans le traitement des affections utérines et obtient de bons effets de l'action sédative et résolutive que ce moyen développe par voisinage et à travers les parois du rectum. Les sédatifs engourdissent la sensibilité des organes du bas ventre et les névralgies du bassin s'en accommodent à merveille.

La plupart des diverses muqueuses absorbent avec une grande facilité ce dont on se rend compte en songeant à leur épaisseur relativement peu considérable, à leur richesse vasculaire et à l'humidité de leur surface qui gonfle l'épithélium et le place dans des conditions favorables pour être pénétré par le médicament. Cette énergie d'absorption est prouvée pour les séreuses, la muqueuse buccale, conjonctivale et olfactive.

La muqueuse vésicale n'absorbe que l'eau, son épithélium s'oppose absolument au passage des matières dissoutes. Ainsi, on a pu maintenir longtemps dans une vessie parfaitement saine une solution belladonnée ou d'opium sans constater d'empoisonnement.

Le tégument externe absorbe, des multitudes de faits et d'expériences l'attestent pour l'eau, les gaz et les pommades. On a beaucoup expérimenté pour savoir quelle est la forme médicamenteuse que la peau absorbe le mieux. Les bains embrassant toute sa surface à la fois ont donné à cet égard moins qu'ils semblaient permettre. Les variations considérables que peut subir l'absorption sous l'influence de diverses températures, etc., font de ce procédé un moyen d'absorption non seulement bien limité mais encore très irrégulier dans ses effets.

Les mêmes réserves peuvent être émises à propos des autres systèmes qui se basent sur l'absorption cutanée ; les bains d'eau pulvérisés, les bains de vapeur, l'étuve sèche et l'étuve humide ; tous ces procédés agissent bien plus par les modifications de milieu et d'impression directe que par l'absorption des médicaments qu'ils peuvent contenir.

La clinique semble donner à l'absorption cutanée des pommades, une confirmation qu'elle refuse aux autres formes médicamenteuses, la possibilité de doser ces substances avec une justesse approximative et la facilité relative qu'offre leur usage en sont probablement causes. L'absorption de l'onguent mercuriel par la voie cutanée est de constatation journalière et rend de grands services surtout dans le traitement de la syphilis en permettant de poursuivre l'administration de ce spécifique lorsque l'irritation gastro-intestinale l'empêche d'être toléré par l'estomac. Les corps gras se mêlant aux vernis huileux de la peau sont absorbés en nature et entraînent avec eux le médicament, mais les glycérolés ne sont pas absorbables.

Toutes les parties de la peau ne sont pas également favorables à l'absorption médicamenteuse. La partie interne des membres est la mieux disposée pour cet office. Le creux axillaire surtout, par la structure de la peau dans cette région, et sa température lui assure des avantages tout spéciaux. Quelle que soit du reste la région que l'on choisisse pour ces applications *iatroleptiques*, il faut la préparer par des lotions tièdes et alcalines, suivies de frictions sèches qui enlèvent les cellules épidermiques superficielles et augmentent l'activité circulatoire.

La *méthode endermique* consiste à dépouiller la peau de son épiderme au moyen d'un vésicatoire et à déposer sur les couches globulaires de Malpighi si vivantes et si impressionnables une substance soluble qui dissout dans la sécrétion de la plaie est aussitôt absorbée. La *méthode des inoculations* consiste à charger une lancette à l'aide d'une solution concentrée ou d'une pâte médicamenteuse et à inoculer sur le siège même de la douleur. C'est une méthode généralement efficace, facile et prompte à employer.

La *méthode des injections dites hypodermiques* imaginées par Lynd et Word et vulgarisée en France par Béhier a doté la thérapeutique d'une ressource aussi utile qu'ingénieuse et dont elle ne saurait plus se passer. Les avantages de cette méthode sont la rapidité et la certitude de l'action, l'intensité des effets et l'économie du médicament; la facilité de son administration dans certains cas et la possibilité d'éviter pour quelques substances des effets désagréables. Cette méthode demande l'emploi de solutions neutres et parfaitement limpides pour se mettre à l'abri des accidents d'irritation locale.

La méthode des injections hypodermiques est un progrès, mais on est en train d'en abuser comme de tous les autres, en n'employant que par la voie hypodermique les médicaments

qui se prêtent à ce mode d'introduction. Les injections hypodermiques ont comme toutes choses leurs inconvénients. Elles produisent parfois des accidents locaux d'irritation, d'induration, d'abcès, voire même de gangrène et de tétanos. Sont-ce là des raisons pour proscrire cette méthode. Non sans doute, mais c'est une raison pour ne pas prodiguer cette pratique en la substituant sans motifs plausibles aux autres méthodes d'introduction des médicaments.

L'anatomie en démontrant l'immense étendue sur laquelle se déploie la muqueuse aérienne, la minceur de son épithélium, la richesse du lassis vasculaire qui la double nous enseigne avec quelle énergie et quelle rapidité cette membrane doit absorber. La physiologie nous démontre que les gaz et les vapeurs des substances volatiles traversent facilement la muqueuse aérienne pour être absorbés; les substances fixes, même lorsqu'elles sont susceptibles de se dissoudre et de demeurer suspendues dans de l'eau réduite en poussière peuvent se prêter à cette voie d'introduction.

L'injection des substances médicamenteuses dans les veines a un double but. 1^o d'action topique, lorsqu'on agit ainsi sur un vaisseau pour en produire une coagulation sanguine; 2^o d'absorption quand le vaisseau injecté ne sert que d'introduction et de couloir au médicament dont on attend des effets généraux. La pratique de la transfusion est strictement du domaine de la thérapeutique à laquelle elle fournit *in extremis* et dans les cas d'hémorragies graves une ressource aujourd'hui méthodisée. La mort qui survient après une abondante hémorragie est causée essentiellement parce que l'oxygène n'est plus distribué en quantité suffisante aux tissus et spécialement aux éléments anatomiques du système nerveux central. À ce point de vue la transfusion consiste donc uniquement en un nouvel apport de globules sanguins, véhicules de l'oxygène. On a aussi appliqué la transfusion à des cas d'empoisonnement; cette tentative est très légitime, par exemple pour l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, agent qui paralyse le globule rouge, car on remplace alors des globules inutiles par des globules propres aux échanges nutritifs et respiratoires. La transfusion est moins légitime dans les autres empoisonnements et même dans l'urémie.

L'injection des médicaments dans les veines est encore du domaine de l'expérimentation, malgré des tentatives hardies qui ont presque toutes échoué.

Les plaies dont on a comparé les surfaces à celles des muqueuses absorbent mieux que ces dernières; aussi la production récente de plusieurs cas d'empoisonnement, par le-

pansement de Lister attire-t-elle aujourd'hui l'attention du monde médical. Les plaies compliquées de lésions osseuses sont alors les principaux agents d'absorption. Leur maximum d'aptitude à absorber paraît devoir être rapporté au 8e ou au 9e jour alors qu'elles sont en plein travail de granulation.

A part le rôle des épithéliums, on peut considérer en général les phénomènes d'absorption comme des phénomènes de diffusion. Le fait de la circulation du liquide sanguin n'est qu'accessoire, on ne peut donc pas dire dans le sens ordinaire du mot que les vaisseaux sont des organes absorbants; à proprement parler, ce sont les liquides des tissus, c'est le sang lui-même qui absorbe, aussi l'état de saturation du sang est une des causes qui influent le plus sur l'absorption vis-à-vis de telle ou telle substance. L'état de plénitude ou de vacuité des vaisseaux est une des conditions qui font le plus varier la rapidité de l'absorption médicamenteuse. L'un des avantages de l'abstinence à laquelle sont soumis les malades dans le cours des maladies aiguës est précisément de favoriser l'absorption.

On sait aussi que l'absorption est beaucoup plus active chez les enfants et chez les jeunes gens que chez les personnes âgées, chez les femmes que chez les hommes; que l'état fébrile ralentit l'absorption qui est aussi moins active dans la fièvre typhoïde et dans le diabète.

J'arrive maintenant messieurs à la circulation médicamenteuse. Une fois qu'elle est entrée dans la circulation, la molécule médicamenteuse devient pour un temps partie intégrante du sang, soit qu'elle se combine chimiquement avec un de ses éléments, soit qu'elle n'emprunte à ce fluide que le mouvement dont il est animé, et se serve du plasma ou des globules comme de simples moyens de transport. Le sang du reste trouve dans le médicament une substance antipathique à sa nature, un hétérogène, ne fait que le supporter et tend à s'en débarrasser le plus tôt possible par l'oxydation intra-vasculaire ou par l'élimination sécrétoire. La destinée du médicament, substance matérielle passive, est donc celle du sang ou véhicule. Il lui arrive directement par l'absorption veineuse, et indirectement par la route détournée de la circulation lymphatique, mais il rencontre sur son passage deux organes qui peuvent l'empêcher d'arriver au système artériel: l'un de ces organes est le foie; si le médicament a été absorbé par les radicules de la veine porte il peut le reverser dans l'intestin avec la bile qu'il sécrète et l'emprisonner pour un temps dans ce cercle, ou du moins le rejeter en partie avec les sécrétions intestinales, en un mot retarder son entrée dans le système à sang rouge et ne l'y laisser pénétrer que partiellement; l'autre organe, le pou-

mon qui peut éliminer directement le médicament qui lui est apporté par les ramifications de l'artère pulmonaire avant que celles-ci l'aient versé dans le système artériel que M. Cl. Bernard considère avec raison comme le vrai milieu des actions médicamenteuses. Les substances volatiles s'éliminent ainsi plus volontiers par la muqueuse aérienne et les autres médicaments par l'intestin.

Quand le médicament a échappé à cette double pierre d'achoppement, il pénètre dans les artères qui en sont les distributrices et va se répandre par elles dans tous les organes de l'économie. Il suit dès lors passivement les lois de la circulation artérielle, soit qu'arrivé dans les capillaires et exudé avec le plasma il se fixe sur les éléments cellulaires des organes, soit que repris par les radicules veineuses avec le résidu des élaborations interstitielles il recommence une ou plusieurs fois le cercle qu'il a déjà parcouru.

La durée d'un cycle circulatoire complet, c'est-à-dire le temps qu'un même globule met à revenir au même point d'un vaisseau étant de quinze secondes, nous avons par là une idée très expressive de la rapidité avec laquelle le sang normal ou médicamenteux est successivement présenté au même organe.

Quoiqu'il soit bien difficile encore de déterminer le rôle respectif du plasma et des globules des deux ordres dans ce transport de la molécule médicamenteuse, on peut cependant admettre avec certaine vraisemblance que les substances gazeuses ou volatiles sont transportées par les globules qui les absorbent par endosmose et les rendent ensuite au plasma nourricier par simple exosmose ou par rupture de l'enveloppe des globules au moment où cette rupture se détermine. Les gaz médicamenteux et les vapeurs comme les éthers, les essences sont donc emportés par les globules comme l'est l'oxygène inspiré; les substances liquides ou solides sont dissoutes et étendues dans le plasma, mais les échanges réciproques qui s'établissent entre ce milieu, dans lequel flottent les globules, et les globules eux-mêmes doivent dans tous les cas soumettre ceux-ci à l'influence des médicaments, de sorte qu'en définitive les globules doivent être considérés comme les véhicules accidentels de la molécule médicamenteuse au même titre qu'ils sont les véhicules normaux de l'oxygène.

Arrivés dans le système capillaire et dans la trame même des organes, là où le calibre des globules les empêche de pénétrer, ils doivent abandonner au plasma les molécules médicamenteuses dont ils sont imprégnés, et c'est en définitive la liqueur du sang qui est chargée de produire sur les éléments ultimes de nos tissus, soit par impression simple ou par com-

binaison intime avec eux, cet acte nutritif anormal qui est le point de départ de l'action médicamenteuse.

(à continuer.)

De l'arsenic dans les fièvres intermittentes

PAR PH. CARRIÈRE, M.D., Trenton, Ont.

La découverte de la quinine ayant fait abandonner le quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, fut, comme on le sait, un des plus grands triomphes de la médecine. Comme on le sait tous les auteurs s'accordent à proclamer la quinine comme étant un spécifique dans ces cas.

Mais ici une question peut être posée.

Dans les contrées marécageuses où cette maladie règne à l'état endémique, le traitement par la quinine est-il infaillible? Pour ma part j'ai eu à traiter vingt-quatre fébricitants dans l'espace de six semaines et j'ai conclu de mes observations qu'elle échoue dans un certain nombre de cas: Pour trois patients surtout chez qui la quinine était restée sans effet, j'eus recours à l'arsenic. Je savais que cet agent avait été essayé sur une grande échelle sur des soldats en Afrique et que le succès avait répondu à l'attente; j'obtins le résultat désiré. J'avais à combattre une fièvre tierce dont les accès augmentaient d'intensité tous les deux jours, l'effet fut si prompt et si satisfaisant que j'administrai l'arsenic à des fiévreux guéris antérieurement par la quinine et qui en étaient à leur troisième rechute. L'essai fut couronné d'un plein succès et j'ai constaté que l'arsenic agit plus promptement dans les deux cas où les deux fébrifuges réussissent et qu'il opère d'une manière merveilleuse dans un certain nombre de cas contre lesquels la quinine échoue. Voici comment je l'emploie :

Acide arsénieux.....	grs v
Eau distillée.....	ʒviii

Une cuillerée à café 4 fois par jour dans du sirop.

Chimie Médicale.—L'urine.

(Suite.)

§ 5. Matières biliaires (Dr Deems.)

Couleur de l'urine jaun^e verdâtre ou brun noirâtre. { Présence des
L'agitation produit une écume permanente. { pigments bi-
Le papier blanc ou le linge est taché en jaune. { liaires.

2.

Réactif de Gmelin.

Etendez une légère couche d'urine sur une surface de porcelaine blanche et ajoutez quelques gouttes d'acide nitroso-nitrique (l'acide nitrique contenant les oxydes inférieures de nitrogène.) La goutte d'acide est teinte rapidement de différentes couleurs: vert, bleu, rouge, violet et jaunâtre, qui disparaissent promptement. La couleur essentielle et la plus caractéristique est la verte.

3.

Placez une petite quantité d'urine, qui a été chauffée à l'ébullition et filtrée, dans une capsule en porcelaine ou un verre de montre, et évaporez lentement et légèrement sur un bain d'eau ou sur la flamme de l'alcool, jusqu'à ce qu'il n'en reste plus que quelques gouttes; ajoutez une goutte ou deux d'une solution d'acide sulfurique pur (1 partie pour 4 d'eau distillée) et ensuite une goutte d'une solution de sucre (sucre de canne 1 partie, eau distillée 4 parties.) On voit apparaître une couleur rouge cerise qui s'obscurcit et devient d'un beau pourpre. La couleur pourpre est caractéristique pour les acides biliaires.

NOTE.—Les pigments biliaires ont la propriété d'adhérer aux sédiments beaucoup plus fortement que les autres pigments, et on peut les trouver dans les sédiments lorsqu'on ne les trouve pas dans l'urine elle-même.

SIGNIFICATION.—Les matières biliaires ne se rencontrent en grande quantité dans l'urine que dans l'ictère et l'empoisonnement par le phosphore. Leur présence dans l'urine s'explique par le fait que la bile, ne pouvant s'écouler dans l'intestin, par suite d'un obstacle quelconque, est résorbée dans le sang et passe de celui-ci dans toutes les sécrétions et spécialement dans l'urine.

Souvent il est inutile de recourir à l'analyse, l'apparence générale du malade, la couleur de sa peau et de sa conjonctive-

nous donnent une certitude suffisante sur sa maladie. Quelquefois néanmoins, ces signes extérieurs manquent; alors l'analyse de l'urine est nécessaire.

§ 6. Le Sang.

A. En refroidissant, l'urine a une couleur rouge sang.

- | | | | |
|---------------------------|---|--|---|
| 1. Elle est transparente. | Ajoutez quelques gouttes d'acide chlorhydrique. | 1. La couleur devient plus foncée.
2. La couleur devient plus claire. | Matière colorante du sang. Voyez B.
Matière colorantes étrangères, rhubarbe. |
|---------------------------|---|--|---|
2. Elle est légèrement troublée. { Laissez reposer jusqu'à ce qu'il se forme un précipité que vous examinez selon 3.
3. Il y a un sédiment rouge. { Examinez au microscope, si ce précipité est cristallin ou amorphe. En le chauffant dans un tube à réactif, il se dissout. { Urates. Acide urique.
- Le microscope montre des corpuscules de sang. Le précipité n'est pas soluble par la chaleur. { Sang.

A. En refroidissant, l'urine est brune rougeâtre, couleur de suie ou d'encre noire.

4. Il n'y a pas de sédiment, et le microscope ne montre pas de globules sanguins. Faites bouillir l'urine seule, ou avec un peu d'acide acétique. Il se forme un coagulum brun rougeâtre ou sale; matières colorantes du sang, hémoglobine et les produits de sa décomposition.

SIGNIFICATION.—1. La présence dans l'urine de globules ou de caillots sanguins indique une hémorrhagie dans quelque partie du système uropoétique. Si l'hémorrhagie est abondante le sang provient généralement des bassinets, des uretères ou de la vessie.

Cet accident peut avoir deux causes: un état scorbutique général, ou la présence de calculs urinaires. Le diagnostic est facile dans le premier cas à cause des symptômes généraux. Dans le second cas il y a presque toujours inflammation des parties affectées, et, outre le sang, on trouve aussi dans l'urine des corpuscules de pus et quelques fois même des fragments de calculs ou de graviers.

Si le sang est en petite quantité et si les symptômes d'une affection des voies urinaires font défaut, nous devons en conclure que ce sang provient du parenchyme rénal notamment des vaisseaux des corpuscules de Malpighi, et nous nous trouvons en face d'une de ces affections désignées sous le nom général de "maladie de Bright." Le microscope signalera en même temps la présence, dans les sédiments, de cylindres fibrineux.

2. L'urine ne contient que les matières colorantes du sang (hématoglobuline et les produits de sa décomposition). Cela indique toujours une décomposition trop abondante des globules sanguins. Lorsque cet état est permanent il se produit une véritable décomposition du sang, et la vie est mise en danger; c'est ce que nous voyons dans le scorbut grave, le typhus, etc.

La présence dans l'urine des matières colorantes du sang nous indique encore un autre danger non moins grave. Il est prouvé d'après les recherches de Jul. Planer que, lorsqu'une grande quantité d'hémato globuline est devenue libre dans le sang, il peut s'accumuler dans les capillaires, notamment dans ceux du cerveau, un pigment granuleux, qui en bouche les orifices et amène les conséquences les plus fâcheuses (mélancémie).

§ 6. Chyle.

1.

Réaction variable; gravité spécifique variable; couleur de lait, trouble, opaque; contient rarement du sang. Quelquefois consistance de gelée.

2.

a. Mettez trois pouces d'urine dans un tube à réactif, ajoutez environ un pouce d'éther sulfurique; mêlez légèrement. L'urine reprend sa couleur naturelle et sa transparence. Présence de la graisse qui est dissoute par l'éther. Voyez 3 b.

3.

b. Transportez sur un verre de montre, au moyen d'une pipette, une petite quantité de l'éther flottant sur l'urine, et laissez évaporer: une tache caractéristique de graisse reste sur le verre. Chyle

SIGNIFICATION.—Les connaissances sont très incomplètes sur la signification de la graisse dans l'urine. Cela indique probablement une dégénérescence des reins ou des cellules épithéliales des urètres et de la vessie.

DR N. FAFARD.

(à continuer.)

HOPITAUX.

Hôpital Notre-Dame, Montréal.

Fracture du fémur ; non-consolidation ; résection. — Syphilis constitutionnelle ; otite suppurée ; méningite.

Fracture du fémur ; non-consolidation ; résection.—Victor R., journalier, 19 ans, employé aux travaux du chemin de fer d'Omaha, Etats-Unis, eut la cuisse fracturée par cause directe, le 12 mai 1881. Le chirurgien qui prit charge du cas déclara la fracture comminutive; aucun appareil ne fut mis avant le troisième jour, alors que la fracture fut réduite; on appliqua une longue attelle latérale externe, avec extension au moyen de poids, et un bandage périméal pour faire la contre-extension. On ne mit alors sur le membre aucune autre attelle, ni même une simple bande roulée. Pendant les trois premières semaines, le membre fut maintenu dans une immobilisation incomplète, un simple coussin de ouate étant placé sous la fracture. Quand, au bout de trois semaines, on voulut changer les draps du lit, le coussin se déplaça ainsi que les fragments. Ce fait se répéta plusieurs fois pendant les semaines qui suivirent. D'après le rapport du malade, le membre brisé fut palpé très souvent et chaque fois le patient sentit les fragments se déplacer. Le 13 juin, il n'y avait pas encore d'union. On mit alors le malade sous l'influence du chloroforme et l'on pratiqua le frottement des deux extrémités fracturées, après quoi le membre fut remis en position comme ci-devant. On prescrivit des stimulants, hypophosphites, quinine et diète généreuse. Le 30 juin, un appareil en plâtre de Paris fut appliqué, et le malade laissa Omaha, le 4 juillet, pour revenir au Canada. L'union n'avait pas eu lieu. Une fois arrivé chez lui et douze jours après l'application de l'appareil en plâtre, le malade fit mander un rebouteur fameux, dont le premier soin fut de défaire l'appareil inamovible pour lui substituer un bandage de son invention, lequel fut maintenu pendant quarante jours consécutifs. Le malade défit alors lui-même l'appareil et constata qu'il n'y avait pas encore de consolidation. Nouvelle application du bandage par le rebouteur; nouvel examen du

membre au bout de quinze jours. Naturellement l'union est nulle. Le malade se décide alors à venir à l'hôpital, où il est admis le 24 septembre.

On constate un raccourcissement d'à peu près $1\frac{1}{2}$ pouce; le fragment supérieur est tiré en avant et en dehors, l'inférieur l'est en arrière et en dedans; tous deux sont très mobiles. L'état général du malade n'est pas très satisfaisant, la nutrition est en souffrance; le patient ne semble pas avoir été dans d'excellentes conditions hygiéniques. On prescrit tout d'abord le lavage du membre et on le place dans une position convenable. A l'intérieur, on donne les toniques généraux et en particulier le phosphate de chaux. Après vingt jours de ce traitement, on croit pouvoir tenter la résection, qui est pratiquée par M. le professeur Brosseau, le 15 octobre. On constate que les extrémités fracturées sont arrondies; on enlève, au moyen de la scie à chaînettes, $\frac{3}{4}$ de pouce de chaque fragment. Les deux extrémités fracturées sont réunies par une forte suture métallique (argent), dont les extrémités sont assez longues pour être tenues en dehors de la plaie. L'hémorrhagie est un peu abondante; on la contrôle par des injections d'alcool pur; un tube à drainage est mis en place. On panse antiseptiquement, puis le membre est placé sur une longue attelle postérieure, des bandelettes de Scultet étant appliquées sur toute l'étendue de la jambe et de la cuisse; l'immobilisation est aidée au moyen de poids. La douleur, qui est considérable, est calmée par l'opium. Le chloroforme a produit un peu de vomissements. Le soir, pouls 102, température 100° F.

Le lendemain (16 octobre), on remplace l'opium par la morphine; les douleurs sont encore vives, le malade a peu dormi la nuit précédente; pouls 106, temp. 101° . On prescrit le quinine à dose de deux grains trois fois par jour; le soir le pouls est à 96 et la température à $102\frac{1}{2}^{\circ}$ F.

17 octobre, a. m.: pouls 93, temp. 102° , le malade a mieux dormi; il n'y a plus de vomissements. Le soir, pouls 96, temp. $102\frac{1}{2}^{\circ}$, les douleurs sont moindres; on les combat toujours au moyen de la morphine, *p.r.n.*

18 octobre, a.m.: la nuit a été assez bonne; le malade a dormi. Il commence à prendre avec goût quelque nourriture; pas de frissons, ni vomissements; pouls 90, temp. 101° . Le midi on fait, avec les précautions antiseptiques ordinaires (spray phéniqué, etc.), le premier pansement de la plaie. Des injections à l'acide carbolique dilué et à l'alcool camphré sont aussi pratiquées; on continue la quinine et les toniques généraux, insistant surtout sur le phosphate de chaux, dont le malade prend 10 grains 3 fois par jour. Le soir il éprouve un peu plus de douleurs; pouls 92, temp. $102\frac{1}{2}^{\circ}$.

19 octobre: ce matin, la température est tombée à 100°; la nuit a été bonne; appétit passable. Le soir, temp. 101°; un laxatif est administré, vu que le malade n'a pas eu de selles depuis cinq jours.

Du 20 octobre au 4 novembre, le pouls est à 85 le soir et à 76 le matin, la température se maintient à 100° en moyenne. L'état général est assez satisfaisant; l'appétit se maintient, les douleurs sont moins vives; le sommeil est bon; ni frissons, ni vomissements. Le malade suit toujours le régime tonique prescrit plus haut. Le pansement de la plaie est fait deux fois le jour sous le spray phéniqué; le pus s'écoule bien par le tube à drainage.

Le 4 novembre, le malade se sent moins bien; l'appétit disparaît, la température monte à 102° le soir, il y a de légers frissons. Le 6 p.m., la température qui le matin n'était qu'à 100½° monte à 103½° le soir; pouls 108. Le malade se plaint de beaucoup de douleurs; l'anorexie est complète, langue chargée, sommeil agité. Le pourtour de la plaie sur une étendue assez considérable est rouge, tuméfié et très sensible à la moindre pression. Nous avons évidemment affaire à un commencement d'érysipèle. On y applique du collodion élastique; le pansement de la plaie se fait encore avec plus de précautions; il s'écoule peu de pus. A l'intérieur, on continue l'usage de la quinine, à laquelle on joint les stimulants.

Le 7 a.m., temp. 101°, pouls 100; l'érysipèle s'étend à toute la partie antérieure de la cuisse. On continue les mêmes applications et le même pansement: le soir, temp. 104°. Le malade est un peu agité et souffre passablement; on continue la morphine, *p.n.n.*

Le 8, la température est à 101°: le malade dort mieux et éprouve moins de douleurs. La plaie qui a peu rendu depuis le commencement de l'érysipèle laisse s'écouler une grande quantité de pus.

Du 8 au 13, la température varie entre 100° et 99½°. L'érysipèle disparaît, les forces reviennent un peu et l'état général est assez bon.

Le 13 p. m., la température est à 102½° et atteint 103° le 14 p.m.; elle se maintient entre 101° le soir et 100° le matin pendant une quinzaine de jours, c'est-à-dire jusqu'au 1er décembre. Le pus s'écoule assez facilement et est de bonne nature; le pansement est toujours fait deux fois par jour à l'acide carbolique. Le malade ne toussé pas, cependant il y a de l'expiration prolongée au sommet du poumon gauche; la jambe est un peu douloureuse, surtout le soir.

Du 1er au 19 décembre, la température subit des oscillations remarquables, étant à 101½° ou 102° le soir pour retomber à 99° ou 99½° le matin. On croit pouvoir expliquer ces variations par le fait qu'une partie du pus stagne autour de l'os au niveau de la résection. On exerce alors, à ce niveau une compression méthodique afin de chasser autant que possible l'air et le pus contenus dans le trajet.

Du 19 décembre au 14 janvier, les oscillations de température sont beaucoup moindres, le thermomètre marquant 99° le matin et 100° le soir. Grâce à la compression exercée sur le membre, l'air ne s'introduit plus dans le trajet, et on a lieu de croire que les parties molles autour de l'os se sont accolées à celui-ci. Cependant le trajet reste encore ouvert jusqu'à l'os, entretenu qu'il est par la présence du fil d'argent. L'état général du malade est assez bon; son appétit se maintient régulièrement; il n'éprouve pas de frissons.

Le 14 janvier, on enlève avec quelques difficultés le fil d'argent en le sectionnant à ras le fémur. Il a été impossible de l'extraire complètement. L'anse métallique est laissée dans l'os et le cal provisoire. On continue le pansoment et les injections désinfectantes.

Durant les quatre jours qui suivent l'ablation du fil d'argent, la température se maintient élevée, atteignant même 103½° le 17 p.m. Cette élévation de température s'explique par le traumatisme auquel le malade a été soumis lors de l'ablation de la suture métallique; il y a eu un peu d'hémorragie et on a dû agrandir le trajet afin de pouvoir mieux enlever le fil.

Du 17 au 31, la température retombe graduellement à un degré peu éloigné de la normale, c'est-à-dire 99° le matin et 99½° le soir; elle se maintient ainsi jusqu'au départ du patient le 3 mars.

A cette date, l'état du malade est des plus satisfaisant; les forces générales sont revenues, l'appétit est bon ainsi que le sommeil; il n'y a presque pas de douleurs. Le trajet fistuleux persiste encore jusqu'au niveau de la résection, le pus est de bonne nature et coule facilement. On sent très bien le cal provisoire qui est encore volumineux en même temps que très solide. Le malade peut facilement lever sa jambe et la mouvoir en tout sens; il se lève et marche à l'aide de béquilles. Le raccourcissement est de 1½ pouce.

Depuis le jour de l'opération, le malade a été soumis à un régime tonico-stimulant des mieux suivis, en rapport avec l'état adynamique dont il était menacé: diète généreuse, viandes rôties, thé de bœuf, etc., vin, brandy, préparations de fer, huile de foie de morue, phosphate de chaux, etc.

Syphilis constitutionnelle ; otite suppurée ; méningite. — M. L..., 32 ans, est admis à l'hôpital, le 2 mai, pour un chancre infectant du prépuce ; avant son entrée à l'hôpital, la malade a été opéré pour phimosis. Vu le manque de soins consécutifs, il en est résulté une inflammation considérable de tout le prépuce et de la peau de la verge. Le malade porte la pleiade ganglionnaire aux deux aines.

Localement on fait usage de la lotion noire et de compresses d'acide carbolique dilué. On le soumet immédiatement au traitement mercuriel : gr ss de protoiodure de mercure, à prendre trois fois par jour. Cette médication est continuée pendant une dizaine de jours, alors qu'on le suspend à l'apparition d'une légère gingivite pour la remplacer par le chlorate de potasse à l'intérieur et en collutoire.

Le 12 le malade se plaint d'une légère céphalalgie et de petits frissons irréguliers.

Le 13 le malade se plaint encore d'un peu de céphalalgie et fait quelques efforts de vomissements ; on remarque un léger strabisme. Le pouls est accéléré mais faible, la température est à 102°. On prescrit des applications froides (glace) sur la tête et la quinine à l'intérieur.

Le 14 le thermomètre marque 104° ; le malade est pris de délire et répond à peine aux questions qu'on lui pose ; il accuse une céphalalgie violente siégeant à la région occipitale. Il n'y a pas de vomissements ; le strabisme continue. On continue le même traitement en y ajoutant le bromure de potassium à dose de 20 grains toutes les quatre heures. Dans l'après-midi du 14 le patient tombe graduellement dans le coma et meurt le lendemain 15.

Autopsie, 12 heures après la mort. Le crâne seul et son contenu sont examinés. Les méninges sont congestionnées. La substance cérébrale ne l'est que très peu. On remarque une légère couche de lymphes à la surface convexe de l'hémisphère gauche. Les ventricules latéraux renferment une plus grande quantité de sérum que d'ordinaire. Ce sérum est trouble et blanchâtre ; le liquide céphalo rachidien à la base du cerveau présente la même apparence. La substance cérébrale n'est ramollie ou enflammée sur aucun point. Au niveau de la fosse moyenne gauche de la base du crâne (portion pétreuse et squameuse du temporal) la dure-mère est enflammée ramollie, et recouverte d'une couche de pus épais et lié.

Comme le patient, depuis son entrée à l'hôpital, ne s'est jamais plaint de douleur ni d'écoulement de l'oreille, l'attention n'a pas été tout d'abord attirée de ce côté et c'est pourquoi la méningite a pu être méconnue. Cependant en interro-

geant les parents de ce malade, au moment de l'autopsie, on a pu s'assurer que celui-ci souffrait depuis plusieurs mois d'otite suppurée, du côté gauche, et que c'était sous le prétexte de faire soigner cette affection de l'oreille, que le patient avait déclaré vouloir venir à Montréal. En réalité, la syphilis constitutionnelle dont il souffrait le préoccupait beaucoup plus que son otite, aussi ne mentionna-t-il pas même celle-ci lors de son admission.

Il n'y a pas de doute que dans ce cas l'inflammation des parties profondes de l'oreille s'est propagée au temporal et de là à la dure-mère.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hypertrophie du cœur d'origine morale.—M. le Dr Ch. Liégeois, de Bainville-aux Saules (Vosges), lauréat de l'académie de médecine de Paris a publié dans une récente livraison du *Concours médical* une étude critique sur cette affection, dont, à la suite de M. Germain Sée, il conteste l'existence en tant qu'elle serait liée à une cause morale quelconque. Nous publions aujourd'hui celle de M. Liégeois, réservant pour une prochaine livraison la reproduction de la réplique faite à celui-ci par le Dr Harnaud.

Van Swieten et Lancisi parlent les premiers de l'hypertrophie du cœur consécutive aux émotions morales vives et aux passions violentes, telles que la colère, la haine, la jalousie ; J. Franck, Sénac, sans beaucoup insister sur ce point, reconnaissent que l'hypertrophie du cœur peut se développer à la suite des affections morales ; mais c'est surtout Corvisart qui avance que "de toutes les causes, les plus puissantes, sans contredit, dans l'étiologie de l'hypertrophie du cœur, sont les affections morales. Les scènes sanglantes de la Révolution, le bouleversement des fortunes, les émotions, les chagrins qui en ont été la suite, ont, dans ces derniers temps, fourni une preuve de l'influence des affections morales sur le développement des maladies organiques en général et de celles du cœur en particulier."

Desault faisait la même remarque ; Testa, Kreysig, Hope, soutiennent la même opinion : Bouillaud dont l'esprit eût dû

être absorbé par les affections valvulaires du cœur de cause rhumatismale, Bouilland qu'on aurait pu croire ennemi de l'hypertrophie cardiaque de cause morale, partage cependant l'opinion de Corvisart relativement à l'influence des causes morales sur l'hypertrophie essentielle du cœur.

Forget, Grisolle, Forster, Friedreich adoptent cette manière de voir : parmi les causes de l'hypertrophie simple, M. Jaccoud cite les émotions morales.

Maurice Raynaud reconnaît aussi l'influence des causes morales sur la production de l'hypertrophie du cœur avec beaucoup de réticences toutefois : " Ce que l'on ne saurait nier, dit-il, sans fermer les yeux à l'évidence, c'est que les peines, les agitations de l'esprit, les préoccupations de toutes sortes, exercent une influence très fâcheuse sur la marche des maladies du cœur, et que, s'il est contestable qu'elle puisse les créer de toutes pièces, elles peuvent du moins en accélérer le dénouement funeste."

Ecoutez plutôt M. Bernheim, défenseur convaincu de l'opinion de Corvisart ; " C'est avec raison, je pense dit-il, que Corvisart attribuait aux passions cérébrales une part prépondérante dans l'étiologie des affections cardiaques, c'est à tort que les auteurs modernes attribuant tout au rhumatisme, ont à peine signalé cette influence comme cause de trouble passagers, tels que palpitations nerveuses et syncopes, mais se refusent à admettre qu'un trouble organique ou fonctionnel persistant puisse en résulter.

On a même contesté que les palpitations, dites nerveuses, peuvent aboutir à l'hypertrophie du cœur. Or, s'il est un fait qui me semble bien avéré c'est celui-ci : que les palpitations nerveuses aboutissent à l'hypertrophie cardiaque. Que de fois ai-je observé des hypertrophies qui n'ont pas d'autre origine ? Je vois dans ce moment un homme robuste et vigoureux qui, à la suite de chagrins domestiques, de querelles violentes et passionnées, a des palpitations de cœur avec irrégularité constante dans le rythme et une hypertrophie de cet organe dont la pointe bat au 7^e espace à deux travers de doigt en dehors du mamelon. Vous avez vu dans nos salles, nombre de maladies du cœur non valvulaires auxquelles, en scrutant les antécédents étiologiques, nous avons inscrit comme causes possibles un tempérament nerveux inné, des chagrins des passions déprimantes... On verra, dans les observations qui suivent, ces antécédents souvent mentionnés."

Tous les auteurs dont nous venons de parler pensent que les affections morales accélèrent les battements du cœur et que, de cette accélération, naît l'hypertrophie.

“ Le cœur dit Corvisart, ainsi que tous les autres muscles du corps humain, est susceptible de prendre un accroissement plus marqué, une consistance plus solide, une force plus considérable, par la continuité et surtout par l'énergie plus grande de son action. N'observe-t-on pas, en effet, tous les jours, un développement extraordinaire de tous les muscles du corps chez les porte-faix, de ceux du bras chez les forgerons, les boulangers, etc...? L'exercice pour les muscles extérieurs, l'exercice et l'irritation pour le cœur, sont les causes principales qui font de ces organes un centre de nutrition plus actif et y fixent une quantité plus grande de substance nutritive.”

Plus tard, Laënnec renouvelle le même argument : “ On sait, dit-il, que l'action énergique et fréquemment répétée de tous les muscles en augmentent notablement le volume, que le bras droit d'un maître d'armes, les épaules d'un porte-faix, les mains de la plupart des ouvriers acquièrent par l'exercice une grosseur disproportionnée à celle des autres parties du corps ; et l'on sent, par conséquent, que les palpitations nerveuses ou occasionnées par des affections morales, peuvent lorsqu'elles reviennent trop fréquemment, déterminer à la longue un véritable accroissement de nutrition du cœur.”

Et cependant, plus loin, Laënnec semble se contredire : “ On pense communément, dit-il, que les palpitations nerveuses, supposant un excès d'action habituel du cœur, doivent, à la longue entraîner l'hypertrophie de cette organe. Je ne nie point que cela puisse être, mais je dois dire que je n'ai rien vu qui prouve que cette opinion soit fondée. Je connais des personnes qui éprouvent, depuis plus de dix ans, des palpitations habituelles sans qu'il existe chez elles aucun signe réel d'hypertrophie.”

Monneret pense que le système nerveux, par les palpitations qu'il provoque, fait contracter le viscère plus souvent et d'une manière plus énergique et y appelle plus d'éléments nutritifs.

Michel Lévy dit justement en parlant du cœur, qu'un organe modifié dans son action finit par l'être dans sa nutrition.

Autre n'est point l'opinion de M. Jaccoud : “ L'activité exagérée d'une fonction, dit le savant professeur, constitue, pour l'organe qui en est le siège, une manière d'être anormale, désignée sous le nom d'*irritation fonctionnelle* ; quand elle est accidentelle et temporaire, l'irritation fonctionnelle n'est accompagné d'aucune modification dans la structure de l'organe, mais si elle est habituelle et persistante, elle entraîne une suractivité proportionnelle dans la nutrition du tissu affecté ; l'irritation fonctionnelle amène l'irritation nutritive. Celle-ci peut à la longue, intéresser tous les éléments de l'organe, mais

elle débute et demeure prépondérante dans ceux qui constituent directement la partie altérée ; ainsi, dans les organes musculaires, ce sont les fibres contractiles qui subissent un développement excessif en nombre : les éléments conjonctifs interposés peuvent ultérieurement prendre part à cet accroissement, mais c'est là un fait contingent et secondaire. Cet état organique est la caractéristique de l'hypertrophie du cœur, laquelle peut être définie une irritation nutritive d'origine fonctionnelle..... L'action exagérée du cœur peut être le résultat d'un trouble de l'innervation et le processus hypertrophique qui en est la suite est l'analogue des hypertrophies musculaires, dites professionnelles, observé chez les danseurs, les boulangers, les coureurs, etc."

Voilà ce qu'on a dit de *l'hypertrophie cardiaque d'origine morale* ; voilà précisément ce que nous ne saurions admettre, nous a'lons nous en expliquer.

A mon humble avis, M. G. Sée ne s'est point trompé quand il a soutenu que, dans les palpitations morales, le travail effectué par le cœur n'est nullement augmenté—qu'il est seulement réparti d'une autre façon—que les impulsions quoique plus nombreuses, sont chacune moins énergique qu'à l'état normal—que le cœur a divisé son travail, mais n'a pas travaillé davantage—que les phénomènes, par conséquent, sont très différents de ceux qui s'observent chez l'individu soumettant ses muscles à un travail très effectif et exagéré.

“ En outre, ajoute l'éminent clinicien, l'augmentation d'intensité des bruits du cœur ne prouve nullement que la force d'impulsion soit plus grande, et il semble, au contraire, que c'est dans les cas où le cœur est le plus faible que les palpitations sont le plus fortes ; c'est, en effet, dans la dilatation de cet organe que l'on entend le mieux les palpitations, et cependant, les contractions ne sont pas en pareil cas, plus énergiques. Ainsi dans les palpitations nerveuses, l'impulsion cardiaque est plutôt affaiblie qu'exagérée et rien ne démontre que l'hypertrophie puisse en être la conséquence ; tout au plus comprendrait-on que, dans le cas de palpitations incessantes, le cœur finisse par s'user et puisse se dilater ou devenir graisseux. Mais c'est encore une hypothèse qui ne peut être vérifiée que par les faits, car la dégénérescence graisseuse, la dilatation du cœur donnent lieu, par elles mêmes, à des palpitations et lorsque ces lésions sont rencontrées à l'autopsie, il est difficile de déterminer si elles sont primitives ou consécutives, il en est de même lorsque l'on trouve une hypertrophie chez un individu qui a eu pendant longtemps des palpitations, celles-ci peuvent à bon droit être considérées comme symptomatiques de la lésion cardiaque.”

Ailleurs encore, M. G. Sée conteste de nouveau que l'hypertrophie soit le résultat de palpitations nerveuses. " Cette théorie, dit-il, se fonde sur l'observation des phénomènes qui se passent dans un muscle travaillant outre mesure, mais la comparaison n'est pas exacte, le biceps augmente de volume lorsqu'il produit une somme de travail plus considérable à la condition toutefois qu'il fasse un travail effectif; s'il se meut pour ainsi dire dans le vide, il n'y a pas de raison pour qu'il s'hypertrophie, il en est de même du cœur. Nous avons déjà dit que dans les palpitations, il n'y a pas une exagération de l'action du cœur, mais seulement une répartition vicieuse de l'activité de cet organe."

M. G. Sée fait aussi remarquer qu'on a pu confondre l'hypertrophie du cœur avec la dilatation si fréquente sous l'influence des conditions nerveuses, il est possible, ajoute-il encore, que si le cœur se vide plus facilement, les résistances qu'il éprouve dans sa locomotion soient amoindries, et l'on conçoit qu'il y ait ainsi une augmentation apparente de l'impulsion. Trousseau, du reste, avait depuis longtemps observé que l'exagération de la matité précordiale en étendue, laisse croire, mais à tort, à l'hypertrophie. C'est que, comme il le dit fort exactement, il y a dans la région cardiaque deux sortes de matités: l'une *absolue* qui est à peu près de 4 à 5 centimètres carrés à l'état physiologique, l'autre *relative* qui circonscrit la matité absolue et qui peut varier à l'infini, suivant les rapports du cœur avec le poumon, suivant la gêne de la circulation, suivant le plus ou moins d'épaisseur et de densité des parois thoraciques. La matité relative peut mesurer 10, 12, 13, 14 centimètres dans le sens transversal, et 8, 10, 12 centimètres dans le sens vertical. Et, à l'appui de ses assertions, Trousseau cite un cas où plusieurs observateurs étaient d'avis différent sur l'existence de l'hypertrophie cardiaque, lorsque M. Boulland affirma que la matité réelle, absolue, n'était point augmentée et qu'il n'y avait point hypertrophie du cœur.

Nous adoptons, sans aucune réserve, l'opinion de M. G. Sée: avec lui, nous pensons que l'hypertrophie du cœur ne saurait être le résultat de son hyperactivité fonctionnelle, et, aux arguments sérieux invoqués par ce judicieux clinicien, nous nous permettrons d'en ajouter d'autres.

Où M. G. Sée le dit avec beaucoup de raison, l'exagération du travail du cœur n'est qu'apparente. Et, en effet, Donders et Baxt ont démontré que lorsque le cœur est livré à l'action unique, à la merci des nerfs accélérateurs, la systole cardiaque est raccourcie, plus brève; M. François Frank a prouvé ensuite que, dans ce cas, la durée de la diastole est diminuée. Si l'on

consulte les tracés volumétriques du cœur publiés par ce dernier et le gonflement systolique, lorsque le cœur est soumis à l'action du sympathique seul, on remarque que plus la diastole est courte, que moins il y a de sang dans les cavités, plus brève est la systole.

Ajoutons aussi avec Baxt, Donders, François Frank, que cette diminution de la systole et de la diastole coïncide avec l'abaissement ou le *statu quo* antérieur de la pression artérielle, puisque la systole envoie peu de sang à l'artère. La pression artérielle s'abaisse, le cœur n'a pas à lutter contre une pression artérielle forte, pourquoi donc s'hypertrophierait-il? L'accélération du cœur, la conclusion me paraît naturelle, n'implique pas une augmentation de travail de l'organe.

D'autre part, pour que l'accélération du cœur sous l'influence de causes morales fût susceptible d'hypertrophier l'organe, il faudrait que la diastole fût un phénomène actif. Il est vrai que Gavet et Drake admettaient que le cœur est actif seulement pendant sa dilatation. Mais, pour asseoir solidement cette manière de voir, il faudrait mettre réellement en évidence des fibres rayonnantes ou autres qui auraient pour effet de dilater les cavités du cœur.

Carpentier a voulu sortir de ce mauvais pas en disant qu'il existe dans le tissu du cœur deux forces opposées, dont l'une éloigne les parties constituantes des fibres et produit ainsi la dilatation.

Cette idée est contredite parce ce que l'on sait des propriétés physiologiques du tissu musculaire. Haller, qui n'admettait point la dilatation active, faisait remarquer que le cœur en diastole est dans le même état qu'au moment où la vie vient de le quitter; or, dans le cœur à l'état de la mort, aucune fibre n'est en activité, il doit donc en être de même dans la diastole.

Bérard, qui n'acceptait pas non plus l'existence de fibres dilatatrices, expliquait le retour des cavités du cœur à leur état primitif après la systole; 1° par la pression qui règne dans l'ensemble de l'appareil circulatoire, pression qui dilatera les oreillettes où les ventricules dès que leurs parois cesseront de se contracter, 2° par l'élasticité du poumon, qui, étant sans cesse écarté de sa forme naturelle, exerce par cela même une traction sur les parois de la poitrine et sur les organes creux qui y sont renfermés.

MM Chauveau et Arloing se prononcent aussi en faveur de la passivité de la diastole; pour eux, elle ne consiste pas, à proprement parler, en une dilatation des cavités du cœur, mais simplement dans le retour de ces cavités à leurs dimensions premières quand finit leur contraction. Ils s'appuient aussi,

pour prouver la passivité du phénomène, sur l'état électrique du cœur pendant la diastole, sur la manière dont il se comporte avec les excitants galvaniques.

Or, s'il n'existe pas de fibres dilatatrices diastoliques, et si la diastole est purement passive, il n'y a guère lieu de chercher dans une diastole active répétée la cause de l'hypertrophie du cœur.

Mais dira-t-on on peut la faire dépendre d'une systole fréquemment renouvelée. C'est ici que je tiens à prouver le peu de valeur du raisonnement de ceux qui veulent à tout prix comparer le cœur, répétant très fréquemment sa systole, avec le muscle de l'ouvrier répétant sans cesse ses mouvements. Cette comparaison serait acceptable si le cœur ressemblait au point de vue anatomique, aux muscles volontaires; mais une pareille ressemblance n'est rien moins que prouvée. En effet, les fibres, striées du cœur diffèrent de celles des autres muscles rouges: 1° par leur diamètre moins considérable, 2° par les anastomoses perpendiculaires ou obliques qu'elles jettent sur leurs voisins, 3° par leur striation longitudinale plus nettement marquée, 4° par l'extrême minceur et peut-être l'absence (Ch. Robin) du sarcolemme, 5° par les fines granulations grasses qui les remplissent et leur donne un aspect noirâtre sous le microscope. 6° par l'absence de fasciculation. Voilà, j'espère, des différences notables.

MM. Chauveau et Arloing, tout en admettant la grande analogie qui existe entre les phénomènes mécaniques et électriques du muscle cardiaque et ceux des autres muscles volontaires, n'hésitent pas à dire que le cœur paraît s'éloigner des muscles volontaires par ses mouvements, ceux-ci se succèdent sans relâche en dehors de l'influence de la volonté ou du système nerveux central.

Le cœur diffère encore des muscles volontaires en ce qu'il tend, comme le dit M. Marey, vers un état de contraction sans jamais l'atteindre, les secousses restant toujours incomplètement fusionnées, semblables à celles des muscles des vieillards atteints de tremblements sénile. "On, conçoit du reste, disent MM. Chauveau et Arloing, qu'une contraction parfaite et permanente eût été incompatible avec le jeu intermittent du cœur."

MM. Chauveau et Arloing, en interprétant les expériences de M. Marey, font remarquer aussi que la secousse n'étant qu'un élément de la contraction, il devient dès lors impossible d'assimiler la systole à la contraction des muscles ordinaires, et que, si les tracés d'une systole du cœur ou d'une secousse d'un muscle volontaire se ressemblent quand à la forme, ils diffèrent quant à la durée qui est environ 8 ou 10 fois plus grande pour

la systole. Enfin, tout récemment M. Ch. Livon, étudiant la contraction rythmique des muscles sous l'influence de l'acide salicylique, a montré que, s'il y a analogie entre le cœur et les muscles soumis à la volonté, il y a cette différence que le cœur présente des contractions rythmiques toujours égales, tandis que celles des muscles vont en diminuant, que, par conséquent, dans ceux-ci, la réparation, tout en se faisant aussi vite, n'est pas aussi complète, probablement parce qu'ils ne possèdent pas un appareil ganglionnaire semblable à celui du cœur, ainsi que le suppose M. Ch. Richet, pour le muscle de la pince de l'écrevisse. Nous venons donc de démontrer que, dans les palpitations d'ordre psychique, chaque impulsion étant moins énergique qu'à l'état normal, le travail du cœur n'est pas en réalité augmenté, que la véritable hypertrophie cardiaque est caractérisée par la *matité absolue* de la région précordiale, souvent confondue, même par d'habiles cliniciens, avec la *matité relative* de la même région: que, dans les palpitations de causes morales, la systole et la diastole cardiaques sont plus brèves, le gonflement systoliques et diastoliques moins considérable: que la diastole, du reste, est un phénomène purement passif et qu'il est impossible de comprendre l'hypertrophie du cœur dans ce temps de révolution cardiaque, que la systole ne saurait s'accompagner d'hypertrophie puisqu'elle est plus courte qu'à l'état normal et que, par cela même, elle tend à abaisser la pression artérielle, conséquence qui est loin de favoriser l'hypertrophie du cœur, enfin, que la comparaison entre le muscle de l'ouvrier et le muscle cœur est des plus inexactes.

Telles sont les raisons qui me font dire que l'hypertrophie du cœur n'est point la conséquence obligée des palpitations d'ordre psychique, en un mot, *qu'il n'y a pas d'hypertrophie du cœur de cause morale.*

—

Traitement des sueurs nocturnes chez les phthisiques.—Comme supplément à l'excellente étude de M. le Dr Desroches sur la pathologie et le traitement de la phthisie pulmonaire (Voir *Union Médicale* 1882, pp. 149 et 197) nous trouvons dans le *Medical News and Abstract* quelques remarques cliniques du Prof. Da Costa au sujet du traitement des sueurs profuses telles qu'elles se montrent chez les phthisiques. La portée pratique de ces remarques nous engage à les résumer ici brièvement.

M. Da Costa insiste tout d'abord sur deux points importants: le fait que les malades sont généralement surchargés de cou-

vertures épaisses durant la nuit, et le peu d'usage que l'on fait des bains chauds ou tièdes dans le cours de la phthisie. Il n'y a pas de doute que trop souvent malgré nos recommandations, nos patients, dans la crainte de prendre froid, aiment à accumuler sur eux pour la nuit les couvertures de laine, de telle sorte qu'ils sont à peine au lit depuis une heure, et souvent même avant de s'être endormis, qu'ils transpirent déjà abondamment. D'un autre côté les phthisiques ont à un trop haut degré l'horreur de l'eau et des bains. Un bain tiède ou frais, médicamenteux ou non, pris chaque matin aurait pour effet d'ouvrir les pores de la peau, de rétablir dans celle-ci une circulation normale, et de faire cesser parfois d'une manière étonnante les sueurs profuses. On conseille généralement les bains astringents, les faisant suivre de frictions modérées.

M. Da Costa passe ensuite en revue les nombreux agents médicamenteux dont on a successivement vanté l'emploi dans le traitement de la transpiration profuse. La *muscarine* arrête la diaphorèse dès le second ou le troisième soir. La *piérotoxine* ne produit aucun effet marqué le premier soir. Le *nitrite d'amyle* n'est pas constant dans ses effets. La poudre composée d'*ipécacuantha* recommandée autrefois par Stokes a été dernièrement remise en honneur; elle se donne à dose de 2 à 10 gr.

Le plus sûr de tous les diaphorétiques, le *jaborandi*, devient un antisudorifique assez précieux suivant *Murrel*, si on l'administre à doses fractionnées 1/20 gr au coucher, ou trois fois par jour. Da Costa accepte ce dernier fait avec une certaine défiance. En quelques cas l'*acide salicylique* a produit de bons effets dans les mains d'*Hutchinson*, mais les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse en tirer de déduction pratique. Les expériences de Da Costa ont prouvé que l'*ésérine* exerce une action antisudorifique incontestable, mais qu'elle est inférieure sous ce rapport à l'*ergot* et à l'*atropine*; ainsi l'extrait fluide de fève de Calabar administré à dose de deux minimes répétées au bout de deux heures, ou à celle de quatre minimes en une seule dose a fait cesser les sueurs profuses au bout d'une heure ou deux; dans un seul cas cependant l'effet a été permanent.

L'*atropine* est de l'aveu de tous l'agent le plus efficace à employer contre les sueurs nocturnes en général et en particulier celles des phthisiques; on la prescrit tous les jours comme telle et ses effets ne sont un secret pour personne. L'*atropine* présente pourtant un inconvénient assez grave, celui de produire une sécheresse de la gorge et de la bouche telle que le sommeil du malade en est quelquefois troublé et que la toux

même est accru. D'après M. Da Costa on pare assez bien à cet inconvénient en combinant l'atropine au jaborandi dont tout le monde connaît les propriétés sialagogues. De petites doses de jaborandi auraient pour effet de faire cesser la plupart du temps la sécheresse de la gorge produite par l'atropine sans pour cela toutefois atténuer en rien l'action anti-diaphorétique de l'alcaloïde de la Belladone. Mais il ne faut pas croire que cette heureuse combinaison fasse également bien dans tous les cas auxquels on l'applique. Quelquefois il est impossible de préciser la dose exacte de l'un et de l'autre remède, et M. Da Costa après s'être demandé si on ne découvrirait pas un agent ayant la sûreté d'action de l'atropine sans en avoir les inconvénients, dit avoir trouvé dans l'*Ergotine* le remède tant désiré. L'*ergotine* agit sur la sécrétion des glandes sudorales par l'intermédiaire des fibres musculaires lisses des artérioles. A coup sûr elle peut en certains cas ne pas produire tout le bien qu'on en attend tant il est vrai que dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, tout médicament finit par devenir plus ou moins inerte, mais il réussit dans la très grande majorité des cas, et est tout à fait exempt d'inconvénient. M. Da Costa administre l'*ergotine* à dose de 2 grains, répétant la dose trois fois par jour; dès la seconde nuit les bons effets du remède commencent à se manifester. L'*ergotine* n'agit pas aussi promptement que l'atropine, aussi faut-il avoir recours à celle-ci quand il s'agit d'obtenir immédiatement la cessation d'une transpiration abondante. Mais quand il n'est pas indiqué d'agir aussi promptement et que de plus le remède doit être administré pendant une période plus ou moins longue, l'*ergotine* rend certainement d'excellents services; on l'a vue réussir dans des cas demeurés rebelles à l'atropine.

H. E. D.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Importance d'amputer sans retard et haut dans les cas de gangrène traumatique par Hutchinson. Dans les cas de gangrène traumatique doit-on faire l'amputation sans attendre que la ligne de démarcation soit formée? Je crois que la plupart des chirurgiens répondent affirmativement sans hésiter. C'est aussi mon opinion bien arrêtée. Nous avons eu dernièrement un cas de ce genre, très intéressant. Un homme âgé de plus de cinquante ans, mais d'une bonne cons-

titution fut admis à l'hôpital pour une fracture composée du tiers inférieur de la jambe. Voulant essayer de sauver le membre, nous y avons appliqué un pansement antiseptique. Mais le pied fut pris de gangrène et vers le sixième jour après l'admission du malade M. Tay amputa le membre au-dessous du genou.

L'état général du patient était dans le moment très peu satisfaisant. L'amputation pratiquée dans des tissus parfaitement sains, fut bientôt suivie de gangrène du moignon. Les lambeaux devinrent livides et l'état du patient devint alarmant. M. Tay et moi, en consultation, décidâmes de faire sans retard une seconde amputation qui fut pratiquée au tiers inférieur de la cuisse moins de vingt-quatre heures après la première. Cette fois tout alla bien et ce second moignon, comme vous avez pu le constater il y a quelques jours, est des plus satisfaisants.

La principale raison qui doit nous engager à agir promptement dans de semblables cas, se trouve dans la gravité du processus gangréneux. Pendant que la vie s'éteint dans les parties molles, le sang qui continue à y circuler, quoique très imparfaitement, s'empoisonne par l'absorption des gaz et des liquides des parties putréfiées et il en résulte un état septique des plus dangereux. La rapidité du pouls, l'affaissement, l'élévation de la température et les vomissements sont les symptômes qui annoncent le plus communément l'infection. Tous ces désordres s'amendent quelquefois avec une rapidité étonnante après l'amputation de la partie gangrénée. Il peut se faire que la mortification des tissus s'accompagne d'un choc sur le système nerveux, mais je suis disposé à croire que la plupart des accidents sont causés par l'empoisonnement du sang.

Dans la pyémie causée par la phlébite, il est inutile d'amputer parce que les embolies ont déjà été entraînées de la veine enflammée dans le torrent de la circulation. Il est déjà trop tard, l'abcès secondaire se formera que vous enleviez ou non le foyer d'infection. Dans la septicémie à la suite de gangrène, le cas est différent. Ici il semble fort possible que le sang se débarrasse du poison. Je me rappelle le cas d'un jeune soldat que nous avons traité, il y a quelques années, pour une plaie du pied à la suite d'une engelure. Il avait en outre une oblitération de l'artère fémorale. Mon jeune collègue fit l'amputation médio-tarsienne. On ne put obtenir la guérison du moignon, et quelques temps après j'amputai au tiers supérieur de la jambe à une grande distance de la lésion car toute la jambe semblait parfaitement saine. J'amputai très haut,

parce que je savais que la fémorale était oblitérée. Malgré cela, le moignon fut envahi par la gangrène qui produisit bientôt les symptômes les plus graves. Le patient fut pris de vomissements répétés, son pouls s'accéléra et il était dans un état tellement critique quand le troisième jour je l'amputai de nouveau, que je n'osai pas le faire transporter à la salle d'opération. Cette seconde amputation, pratiquée à la partie supérieure de la cuisse lui sauva la vie. Il n'y eut aucun mauvais symptôme et le moignon guérit parfaitement. Je suis disposé à croire que l'utilité de l'amputation dans la gangrène sera un jour mieux appréciée et que l'on aura recours à ce moyen non seulement dans les cas de gangrène traumatique mais dans tous ceux compliqués de symptômes constitutionnels graves. Si un organe se bonifie tranquillement et que la santé du patient n'en souffre pas, alors il n'y a pas lieu d'intervenir tant que la nature n'indique pas où doit avoir lieu la séparation. Il n'y a là rien à faire et vous devez tout laisser à la nature, Si vous amputez près de la ligne de démarcation le moignon se gangrènera presque certainement et tout ce qu'il vous est permis d'oser dans de semblables cas est de scier les os dénudés. L'insuccès des amputations dans les cas de gangrène traumatique ou autre s'explique dans la plupart des cas, j'en suis convaincu, par le fait qu'on ampute trop près du point malade. Dans les occasions de ce genre on devrait toujours opérer très haut. Si le pied est affecté, opérez au-dessus du genou, si c'est le membre supérieur, amputez près de l'épaule. Il vaut mieux avoir soucis de la vie du patient que de la longueur de son moignon. Me guidant sur cette règle j'ai plus d'une fois, dans ces dernières années, amputé avec de très bons résultats dans des cas graves de gangrène sénile.—*British medical Journal.*—*Canada Lancet.*

Progrès de la Chirurgie dans le traitement des articulations; épanchement de sang, de sérosité, de pus, luxations anciennes, opérations pour les fractures de rotules, par le DR JUST LUCAS CHAMPIONNIÈRE.— Un des progrès de la chirurgie moderne qui surprend le plus au premier abord est celui qui concerne le traitement chirurgical des articulations. Nous avons pris une assez large part à ce progrès à Paris et nous avons pensé que nous pourrions signaler, en connaissance de cause, les faits remarquables qui montrent la manière toute nouvelle dont il faut aujourd'hui considérer la thérapeutique des maladies et des traumatismes articulaires.

Dans une thèse parue il y a un an et demi un interne distingué des hôpitaux de Paris, le docteur F. Piéchaud, a fait une étude assez complète de ce progrès de la chirurgie (*De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires*). Cette thèse est fort bien faite, et si nous trouvons à lui faire une critique, elle tient surtout à ce qu'un jeune docteur doit parler d'après l'expérience des autres, est obligé de retenir quelques faits anciens affirmés par des maîtres éminents et serait mal venu d'affirmer lui-même, avec la même hardiesse que nous pouvons apporter de par notre expérience propre.

C'est ainsi que voulant tenir compte de ce que l'on réussit à guérir, tant bien que mal, certaines lésions articulaires avec certains pansements, il a voulu comparer les faits de cet ordre aux résultats de la méthode antiseptique.

Si l'on veut tenir du progrès tout ce qu'il peut donner, il faut carrément laisser de côté ces procédés respectables et utiles pour tailler en pleine méthode nouvelle.

Je m'explique. Toutes les fois que l'on agit très proprement, en protégeant bien une plaie articulaire, on a des chances sérieuses d'obtenir des réunions immédiates et d'éviter les accidents formidables qui caractérisent les accidents articulaires. Mais courir une chance n'est pas assez; c'est dans la sécurité absolue que doit être la puissance de la chirurgie actuelle.

Etant donnée une articulation saine ou lésée, sans contact de l'air, vous pouvez l'ouvrir largement, y faire un traumatisme opératoire, la refermer, sans compromettre la santé du malade, les mouvements de l'articulation, et à plus forte raison la vie du patient, et ceci sera une règle si les préceptes de la chirurgie antiseptique sont bien observés.

Quelles que soient les prétentions de certains procédés de pansement, nous n'oserions jamais, à leur aide, faire le même acte chirurgical.

Dans sa thèse M. Piéchaud a fait une bonne étude générale de la thérapeutique articulaire, mais n'a pas suffisamment insisté sur cette différence frappante, sur la sécurité absolue que l'on acquiert, et qui permet des interventions qui seraient coupables sans cela. Si l'on n'était absolument protégé contre l'érysipèle, l'angioleucite et les suppurations comme il le dit on ne pourrait entreprendre les opérations dont nous parlerons plus loin.

Il a indiqué d'abord les épanchements sanguins intra-articulaires. Il conclut à l'utilité des ponctions simples ou phéniquées suivies des lavages intra-articulaires suivant la méthode de Schede. A cela nous ne contredisons pas mais nous restons

en principe plus partisans de l'incision que de la ponction, quoique nous n'ayons pas eu l'occasion de la pratiquer pour ces cas.

Nous n'avons du reste pas pratiqué ces ponctions qui consistent à vider au trocart une articulation et à y faire passer un courant d'eau phéniquée forte de 2 à 4 pour 100. Elles paraissent avoir fort bien réussi dans ces cas, dans l'hydarthrose et même dans l'arthrite purulente.

En ce qui concerne l'hydarthrose chronique il paraît audacieux pour une semblable maladie d'ouvrir largement une articulation comme le genou. C'est une opération préconisée par M. Lister et qui se généralisera beaucoup. En tous cas elle laisse bien loin derrière elle et comme résultat et comme sécurité la ponction simple, ou la ponction avec injection iodée.

Pour les arthrites purulentes que M. Piéchaud étudie ensuite il ne peut y avoir ombre d'hésitation. L'ouverture large occupant toute la partie latérale d'une articulation, et selon les cas des deux côtés, sera suivie d'un nettoyage intra-articulaire parfait avec l'eau phéniquée forte. L'articulation sera refermée et drainée, non avec les drains en séton (point important) mais avec les drains debout. M. Piéchaud rapporte cinq observations tirées de notre pratique dans divers hôpitaux de Paris, et suivies toutes d'un succès complet. Il rapporte aussi un bon nombre d'observations de toutes sortes empruntées à un excellent mémoire inédit du professeur Saxtorph.

La méthode permet encore d'ouvrir une articulation fongueuse, de la débarrasser de ses fongosités et de la refermer sans faire la résection, observations empruntées surtout à Saxtorph et à Letiéviant. Cette opération est encore peu connue et peu pratiquée; elle peut être d'un grand avenir, et en tout cas elle est possible sans accidents.

L'ablation des corps étrangers articulaires se fait à ciel ouvert sans danger. Il est vrai qu'on a réussi autrefois dans un certain nombre de cas à la faire sans arthrite aiguë, mais les résultats sont incertains même avec plus de précautions. Avec la méthode antiseptique la sécurité est absolue. Nous avons pour notre part fait une opération que nous n'avons jamais vue citée dans aucune observation, l'ablation d'un corps volumineux par la face postérieure de l'articulation du genou.

M. Piéchaud signale un ordre d'opérations encore dans l'enfance mais certainement plein d'avenir, l'opération avec le couteau pour les luxations anciennes non réduites.

Les opérations de ce genre sont peu nombreuses, celles pour luxation du coude compliquée de fracture (Albert) et luxation de la hanche (Volkman) ont été guéries par de véritables

résections; Lister en a publié une autre de luxation du pied réduite par une résection du col.

Mais il y a des cas où on réduira sans résection aucune des surfaces par l'incision, méthode autrefois recommandée mais dangereuse, aujourd'hui facile et sans accidents. Il a présenté plusieurs résultats très favorables; Volkman a publié des cas analogues.

Dans la thèse de M. Piéchaud une partie considérable est consacré à la méthode antiseptique et au mode spécial d'ouverture de l'articulation du genou.

Nous ajouterons qu'une plaie articulaire faite depuis plusieurs heures ou plusieurs jours peut parfaitement être rendue antiseptique quoique ce ne soit pas une chose certaine. J'ai vu de la sorte guérir sans suppuration des plaies du coude, du genou, des petites articulations; pour l'ouverture des petites articulations dans les grandes plaies de la main et du pied, elle n'empêche en aucune façon la réunion des lambeaux.

Contre cet état redoutable, on a conseillé des moyens qui au premier abord sont moins effrayants, et qui en réalité sont bien plus hasardeux. Nous avons vu la griffe de Malgaigne par exemple déterminer des suppurations articulaires et compromettre beaucoup les fonctions du membre. Nous avons même vu l'appareil de M. Trélat, où les griffes prennent leur point d'appui sur des coussinets de gutta-percha, entraîner des eschares et des suppurations graves.

L'intervention antiseptique radicale bien faite n'exposera à rien de tout cela.

A ceux qui ne se sentiraient pas encore le courage d'aborder franchement cette ouverture du genou, nous rappellerons une sorte de moyen terme qui paraît avoir mené à bien la guérison d'une fracture de la rotule avec grand écartement.

M. de Cock en publie un cas très intéressant dans les *Annales de la Sociét. de Médecine de Gand* sous le nom de procédé de Schede. Voici en deux mots le mode de son opération. C'est la ponction antiseptique telle que nous l'avons signalée plus haut pour les épanchements de sang, hydarthroses, etc.

Il s'agissait d'un homme tombé d'une hauteur de 10 mètres, présentant une fracture du crâne, fracture avec plaie d'avant-bras, et fracture transversale de la rotule gauche avec un écartement considérable. L'articulation était énormément distendue par le liquide. M. de Cock ponctionna le genou avec un trocart de volume moyen. Il s'écoula 60 grammes de synovie mélangée de sang. A travers le trocart laissé en place, il lava l'articulation avec une solution à 3 pour 100 d'acide phénique jusqu'à ce que le liquide sortît parfaitement pur. La petite plaie fut recouverte de protective et ouate salicylée.

Il était alors absolument facile de rapprocher les fragments rotuliens et de les accoler, ce qui fut fait. Des bandelettes emplastiques et un grand appareil plâtré les maintinrent. Celui-ci fut renouvelé, et, deux mois après, l'appareil étant retiré, on constata la réunion sans écartement appréciable. Le patient n'ayant quitté l'hôpital que quatre mois après l'opération on put constater qu'il marchait très bien, sans écartement.

La revue qui précède suffit à montrer combien nous sommes loin de la chirurgie ancienne, qui avait bien raison d'être timide avec les articulations, car, nous le répétons en terminant, même avec des précautions sérieuses, en dehors de la chirurgie antiseptique, ceux qui voudraient aborder le même champ opératoire pourraient rencontrer un certain nombre de succès, mais à coup sûr aussi des désastres inévitables.

Tout récemment (*British medical journal*, juin 1880) ont été publiés quelques faits bien plus intéressants encore où la hardiesse chirurgicale est plus manifeste, si possible. Il s'agit de faits de fracture de la rotule dans lesquels l'écartement était considérable; l'articulation a été largement ouverte, les fragments ont été avivés à la scie; on a percé les fragments et on les a suturés avec un fort fil d'argent.

On a sectionné séparément le peau et une ouverture latérale a été faite pour le drainage. La malade âgée de quarante-trois ans a été opérée le 12 novembre 1880 par M. Lister, cinq semaines après l'accident. Au bout de trente-quatre jours la cicatrice était complète, par-dessus le point de suture osseux. Au bout de quarante jours la malade commença à se lever avec des béquilles. Elle sortit au bout de deux mois et demi. Elle revint au bout de quatre semaines et on fit une incision pour enlever la suture osseuse. Elle marche sans béquille et paraît avoir de la réunion osseuse. Au moins il n'y a aucun écartement entre les fragments.

Dans un second cas de M. Lister opéré le 22 octobre 1880 il s'agissait d'un jeune soldat de 22 ans atteint de fracture de la rotule depuis un an, chez lequel une longue bande fibreuse représentait toute la réunion; le membre était absolument impotent. M. Lister ouvrit largement le genou, excisa la bande fibreuse, aviva les surfaces rotuliennes par le grattage, fit à la partie postérieure de l'articulation une ouverture pour le drainage, et sutura comme ci-dessus les fragments puis la peau. L'opération échoua, dut être renouvelée, après un mois, toujours sans accident, et la réunion se fit si bien que deux mois après cette nouvelle opération le soldat marchait avec une canne, sans écartement des fragments.

Ces opérations doivent compter au premier rang des plus

hardies qui se puissent faire. Mais il faut bien se rappeler que ce qui les caractérise et les différencie des tentatives opératoires qui les ont précédées, c'est que ce ne sont pas des opérations où le patient ait des chances mortelles à courir. Et cela est tellement évident que, pour notre part, nous sommes convaincus que la réparation sanglante des fractures de la rotule se fera dans une proportion considérable. Le nombre des impotents du fait de cette fracture, malgré les meilleurs appareils, est très grand et il y a là un vaste champ opératoire mais que nous ne conseillons qu'au chirurgien rigoureux dans l'antiseptie.—*Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement de la métrorrhagie. — M. le Dr Gallard, a fait à l'Hôtel-Dieu de Paris, quelques leçons cliniques sur la métrorrhagie que le *Praticien* publie dans son Numéro du 17 avril 1882. Nous reproduisons textuellement ce qui regarde l'hémorrhagie reconnaissant pour cause une métrite, une tumeur fibreuse ou un cancer.

Dans le traitement local, les premières indications sont la position horizontale de la malade et les applications froides. Il repousse absolument la chaleur soit en injections vaginales comme d'aucuns les ont préconisées—nous y reviendrons tout-à-l'heure. — soit en applications de manchons remplis d'eau chaude ou de sacs pleins de sable chaud le long de la région lombaire.

Pour M. Gallard, la malade doit être peu couverte, placée dans une chambre convenablement éclairée et dont la température sera peu élevée. Une vessie remplie d'eau froide ou de glace, fréquemment renouvelée, sera appliquée sur le ventre préalablement recouvert d'une serviette pliée en plusieurs doubles. Il sera fait aussi de grandes irrigations d'eau froide dans le vagin, ou, mieux encore, la malade prendra des bains de siège froids.

Si ces différents moyens ne suffisent pas à arrêter l'écoulement du sang, on aura recours au tamponnement tout détestable qu'il soit, mais qui est encore le seul moyen, dans certains cas, qui puisse être employé avec quelque avantage, bien que, dans le cancer, notamment, il ait aussi pour effet d'irriter les parties sur lesquelles il est exercé.

Pour rendre ce tamponnement le moins fâcheux possible, on le fait au moyen de bourdonnets disposés en queue de cerf-volant, que l'on introduit les uns après les autres en les tassant avec soin pour opposer une véritable digue à l'écoulement sanguin. Il est utile aussi que le premier bourdonnet soit plus petit que les autres, afin qu'il pénètre plus facilement dans l'intérieur du col. Qu'il soit en amadou ou en charpie, trempé dans une solution de perchlorure de fer plus ou moins étendue d'eau selon son intensité. On obtient ainsi une action à la fois mécanique et chimique.

On aura soin, bien entendu, de faire, avant de procéder au tamponnement, des injections fraîches, lesquelles auront pour but de laver la cavité vaginale et de la débarrasser des caillots qu'elle pourrait contenir. Les bourdonnets de charpie ne seront jamais laissés en place plus de trois ou quatre jours, en raison de l'irritation qu'ils produisent et de la putréfaction qu'ils peuvent déterminer. Aussitôt qu'on les a retirés, il faut avoir soin de faire une injection d'eau fraîche légèrement phéniquée ou renfermant un peu de perchlorure de fer.

Si l'on est ainsi parvenu à arrêter toute hémorrhagie, le tamponnement n'a pas besoin d'être renouvelé; si le sang, au contraire, reparait, on a de nouveau recours aux bourdonnets de charpie, après avoir laissé reposer la malade pendant une semaine ou deux.

Dans les cas où l'hémorrhagie tient à la fois à une métrite interne et à la présence de fongosités dans la cavité utérine, "on porte directement le perchlorure de fer dans la cavité utérine soit au moyen d'injections, soit avec un pinceau si le col est suffisamment ouvert." La dose de perchlorure de fer pour une injection est de un à deux centimètres cubes. M. Gallard le considère comme un des bons moyens de traitement de la métrorrhagie dépendant d'une métrite aigue.

Tel est le traitement auquel il a recours. Quant au traitement général, un seul médicament lui paraît bon, c'est la digitale qui agit surtout efficacement dans les cas de fièvre et de grande tension artérielle. Il la prescrit en infusion, à la dose de trente à cinquante centigrammes dans 150 à 200 grammes d'eau; continuée seulement pendant trois ou quatre jours.

Comme nous le disions tout-à-l'heure, un certain nombre d'autres médecins, parmi lesquels nous citerons le professeur Courty (de Montpellier) et le docteur Athill, préconisent au contraire l'eau chaude dans les diverses métrorrhagies. Ainsi, pour le premier, l'emploi d'une injection abondante, aussi chaude que la femme peut la supporter (45 degrés) rend les plus grands services. L'application de la chaleur sur les lombes est aussi très efficace.

Le savant professeur de Montpellier l'a expérimentée si fréquemment qu'il n'éleve plus aucun doute sur l'efficacité absolue des injections d'eau chaude contre les hémorrhagies utérines. soit, dit-il, que ces hémorrhagies puissent être définitivement arrêtées, ce qui arrive fréquemment lorsqu'il n'existe aucune lésion organique, soit que l'on parvienne ainsi tout au moins à les suspendre momentanément. Mais l'eau chaude peut faire plus encore : elle peut avoir une véritable action résolutive ou décongestive sur l'utérus, de telle sorte que M. Courty la recommande très fréquemment aussi à ses malades atteintes de congestion chronique, de métrite chronique, hypertrophique ou indurée. Ces injections, associées aux moyens ordinaires abrègent la durée de l'affection.

Nous ajouterons encore que cette action hémostatique de l'eau chaude lui paraissant bien prouvée, M. Courty a eu l'idée d'y avoir recours également pour diminuer les chances d'hémorrhagie dans les opérations qui se pratiquent sur le col de l'utérus et dans le vagin. C'est ainsi que, plusieurs jours à l'avance si la chose est possible ou tout au moins plusieurs heures auparavant, il prescrit les injections d'eau chaude, soit dans les opérations de divisions du col pour des cas de dysménorrhée mécanique, soit dans les résections partielles du col et l'autoplastie de l'orifice, soit enfin dans les opérations de fistule vésico-vaginale.

Depuis qu'il a adopté cette pratique, M. le professeur Courty a remarqué, comme nous le disions déjà l'an dernier, que la quantité de sang perdu pendant l'opération, ou immédiatement après, était infiniment moins considérable qu'elle ne l'est ordinairement dans la majorité des cas. Du reste, on peut observer, avant l'opération, que, grâce à ces injections préventives, la rougeur, le volume et tous les autres symptômes d'hypérémie ou de congestion du col et des autres parties visibles de l'appareil génital, sont singulièrement amoindris. Ces injections doivent se faire sur le bidet avec une pompe qui monte beaucoup d'eau. La malade fera deux ou trois injections par jour, chacune de dix minutes. Elle devra apprendre à bien introduire la canule en suivant la paroi recto-vaginale comme si elle voulait atteindre le dos jusqu'à ce que l'olive de la canule atteigne le cul-de-sac postérieur.

Le docteur Athill a obtenu des résultats à peu près analogues dans les métrorrhagies post-partum. L'eau chaude, pour lui, ne serait pas seulement un puissant hémostatique et un excitant des contractions utérines, mais encore un stimulant général. Elle débarrasserait aussi plus facilement l'utérus des caillots, des portions de membranes qui pourraient être restées

dans sa cavité. L'eau doit, comme pour M. Courty, être aussi chaude que la main peut la supporter, c'est-à-dire à une température de 45 degrés environ, et l'injection doit être faite à plein courant au moyen d'une seringue siphon ordinaire et continuée jusqu'à ce qu'une bonne contraction utérine se produise et que l'eau s'en retourne claire et incolore.

Les conditions dans lesquelles l'expérience a démontré au docteur Athill les heureux effets de l'eau chaude sont les suivantes.

1° Si dans les cas d'hémorrhagie violente et subite chez une femme forte et pléthorique, il vaut mieux faire d'abord usage du froid, par contre, lorsque, à la suite de l'emploi maladroit ou prolongé du froid, on trouve la patiente grelottante et abattue, l'injection d'eau chaude est d'un avantage rapide et remarquable; 2° chez les femmes anémiques nerveuses et abattues, l'eau chaude peut être injectée dans la cavité utérine dès le début et sans l'emploi préalable du froid: 3° dans les cas d'avortement, lorsque, par suite de l'utérus, l'œuf, bien que séparé de la paroi de l'organe utérin, est retenu complètement ou partiellement, l'injection d'eau chaude est généralement suivie des meilleurs résultats: 4° quand l'injection de perchlorure de fer a été nécessaire, les injections d'eau chaude débarrassent l'utérus des caillots, des fragments de membranes, etc. qu'il renferme et permettent au liquide astringent d'arriver directement en contact avec la surface saignante, elles diminuent aussi les chances de l'absorption septique.

Nous pourrions encore citer l'opinion du docteur Hunter pour qui l'eau chaude a non-seulement l'avantage d'arrêter plus rapidement l'écoulement sanguin que l'eau froide, mais a encore celui de favoriser le maintien de la température générale et de combattre ainsi toutes les influences déprimantes liées à une opération.

Nous avons tenu à mettre en regard les deux systèmes par l'eau froide et par l'eau chaude, laissant à nos confrères le soin d'adopter celui des deux qu'ils croiront devoir leur donner les meilleurs résultats. Quant à nous, dans le plus grand nombre des cas nous n'hésiterons pas à avoir recours à l'eau chaude.

—

De la dilatation manuelle pour provoquer l'accouchement rapide dans l'éclampsie.—Nous publions l'opinion du Dr Leriche de Macon, sur cette question pratique; nous empruntons cette publication au *Praticien* du 10 avril dernier.

J'ai déjà insisté dans ce journal sur le danger qu'il y avait à attendre la dilatation spontanée ou lente du col utérin pour extraire le fœtus chez une femme éclamptique et sur la possibilité de provoquer l'accouchement rapide par la dilatation exclusivement manuelle.

J'ai rapporté à cet effet (*Gazette des hôpitaux*, 1866, n° 138) le cas d'une femme enceinte de huit mois que j'avais accouchée en deux heures en faisant la dilatation digitale et la version.

Le fait suivant, dans lequel l'enfant a pu être sauvé, pourra contribuer, je l'espère, à démontrer aux praticiens l'utilité de ce mode d'invention.

Éclampsie à terme, coma : accouchement rapide provoqué par la dilatation digitale, suivie d'une application de forceps ; enfant vivant.—M^{me} F... (de Crèches), jeune femme de vingt-un ans, primipare, à terme, est prise de crises éclamptiques dans la nuit du 12 au 13 février 1882, vers deux heures du matin.

Le médecin de la localité, confrère très éclairé, est appelé entre cinq et six heures ; il constate de l'albuminurie et s'empresse d'appliquer le traitement classique de l'éclampsie : saignée du bras, puis chloroformisation ; la sage-femme y ajoute une injection sous-cutanée de morphine. Sous l'influence de ces divers moyens, la violence des convulsions diminue, mais pour faire place à un état comateux avec stertor dans lequel la malade tombe vers onze heures du matin. Un autre médecin appelé de Mâcon, voit la malade dans le même moment et se retire en disant qu'il faut attendre.

J'arrive à quatre heures du soir. Le stertor n'a pas cessé : aux sollicitations et aux flagellations faites dans le but de l'éveiller, la malade ne répond qu'en entr'ouvrant les yeux à grand-peine et en remuant la tête : elle se contracte violemment quand on la découvre ou qu'on cherche à l'examiner.

Je déclare la nécessité immédiate de l'accouchement forcé. Une demi-heure est employée à vaincre l'hésitation de la famille et à faire les préparatifs nécessaires ; à quatre heures et demie je puis opérer.

La malade est placée en travers sur une table et chloroformisée jusqu'à ce qu'elle ne se contracte plus (effet obtenu en moins de dix minutes). Je constate alors que l'enfant est vivant, qu'il se présente en première position du sommet, que le col utérin est effacé, ramolli, mais que la dilatation est à peine commencée : l'orifice est à peu près comparable à une pièce de 20 centimes.

Je réussis à faire pénétrer l'extrémité de l'index droit dans cette ouverture, que je tire en divers sens : bientôt je puis placer, à côté de l'index, le médium, puis le pouce ; j'exerce une

dilatation énergique et je sens à mesure que les lèvres du col cèdent avec de très légères déchirures; en dix minutes environ, je suis arrivé à obtenir un passage suffisant pour introduire une branche du petit forceps. La première branche appliquée, la seconde peut être placée sans difficulté; j'articule et je tire. Quand la tête est dans l'excavation, la valve étant étroite et rigide, je fais avec les ciseaux un débridement bilatéral sur la fourchette et j'extrait un enfant mâle de volume moyen.

Cet enfant était violet en état de mort apparente; je laisse saigner un peu la cordon et j'applique la respiration artificielle pendant quelques minutes. Bientôt l'enfant commença à crier: je l'abandonne à la sage-femme et je fais la délivrance, cinq minutes après l'accouchement.

Les manœuvres nécessaires pour obtenir la sortie du fœtus avaient duré vingt-cinq minutes.

J'applique un point de suture métallique sur chacune des incisions vulvaires, et la malade est reportée dans son lit. L'utérus se contracte bien, il y a une perte modérée. La quantité de chloroforme employé par moi a été d'environ 18 grammes (deux cuillerées à café).

Immédiatement après l'accouchement et la délivrance, le stertor paraît diminuer un peu; la malade répond par un murmure vague aux questions qu'on lui fait. Mais au bout d'une demi-heure environ, le coma augmente, et la malade s'éteint sans avoir repris de crises convulsives, à dix heures du soir, cinq heures après l'accouchement.

Quant à l'enfant mis en nourrice le lendemain, j'ai su qu'il était toujours vivant le 21 février.

Je voudrais aller au-devant d'une objection possible: les malades de mes deux observations ayant été accouchées pendant le coma, on pourrait penser que le relâchement agonique des tissus a seul permis la dilatation et que ce moyen n'est applicable que sur les femmes au moment de succomber. Mais je ferai observer d'abord que ma malade de 1876 a vécu plus de quatre jours après sa délivrance; quant à la dernière, bien que la mort soit survenue au bout de cinq heures, la parfaite rétraction de la matrice après l'accouchement indiquait que la contractilité des fibres utérines était loin d'être éteinte.

FORMULES ET PRESCRIPTIONS.

—
Traitement de l'eczéma génital.—(DEVERGIE).

Alun.....	10 à 20 gr.
Eau	500 —
Ou bien :	
Sublimé.....	10 à 15 centig.
Eau.....	500 gr.

En lotions trois fois par jour.

—
Dipsomanie. (BARTHOLOW):—

R Tinc. Capsici	5i
Tinc. Nucis vomica.....	5ii

M. Sig.—Vingt gouttes dans un peu d'eau toutes les quatre heures.

—
Formule contre la dyspepsie.—(Dr HUGO ENGEL).

Bicarbonate de soude.....	30 gr.
Teinture de noix vomique	8 —
Teinture de gentiane composée... }	60 gr.
Teinture de rhubarbe.....	
M. S. A.	

—
Traitement de la coqueluche.—(DUJARDIN-BEAUMETZ).

Bromure de potassium.....	2 gr.
Bromure de sodium.....	4 —
Bromure d'ammonium.....	2 —
Eau.....	60 —
Sirop de chloral.....	50 —
F. S. A.	

Une potion, dont l'enfant prendra trois fois par jour une cuiller à dessert dans un verre de lait chaud additionné d'un jaune d'œuf.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

MONTREAL, JUIN 1882.

Comité de Rédaction :

MM. LES DRS A. LAMARCHE, S. LACHAPELLE,
ET H. E. DESROSIERS.

Hôpital Notre-Dame.

Il nous fait plaisir d'apprendre que les administrateurs de l'hôpital Notre-Dame ont décidé tout dernièrement de faire préparer un plus grand nombre de chambres pour les malades *payants* de cette institution. Ainsi le nombre des chambres ou salles privées qui jusqu'à présent n'était que de sept va être incessamment porté à dix-sept.

Personne, croyons-nous, n'ignore l'utilité ou mieux la nécessité qu'il y a pour un hôpital de pouvoir mettre ainsi des salles privées à la disposition des malades qui sont en état de donner une juste rémunération pour les soins qui leur sont prodigués.

Trois catégories de personnes bénéficieront nécessairement de cet état de choses. En premier lieu ce sont les occupants des nombreuses maisons de pension de la ville. Qu'un de ces malheureux pensionnaires tombe frappé de quelque maladie grave, péritonite, pneumonie, etc., quel soin doit-il s'attendre à recevoir dans un intérieur où, malgré toute la bonne volonté et tout le dévouement possibles, on ne pourra ou on ne saura pas lui donner l'attention nécessaire, ni remplir à la lettre les prescriptions parfois multiples du médecin, savoir: renouveler des applications ou administrer des remèdes d'heure en heure, etc. ?

Viennent ensuite les étrangers qui encombrent nos *hôtels* surtout durant la belle saison. S'il leur arrive de tomber subitement malades, de se fracturer une jambe, etc., et qu'il devienne impossible de les faire transporter à leur domicile, ce n'est certes pas dans un hôtel qu'ils auront les soins requis; le repos et la tranquillité leur feront tout particulièrement défaut. Pour ces deux classes de malades les chambres privées d'un hôpital deviennent donc d'une nécessité presque indispensable

Là les secours de tout genre leur seront donnés par des mains compétentes et entendues. Là ils auront le service diurne et nocturne des infirmiers, et les secours de l'art pour ainsi dire à portée de main. En même temps leur est assuré ce repos complet et absolu dont ont besoin tant de malades. De plus, point important à noter, il leur est permis à l'Hôpital Notre-Dame, de recevoir les soins de n'importe quel médecin de leur choix, qu'il appartienne ou non au corps des médecins visiteurs de l'institution. Ce dernier avantage sera peut être d'autant mieux apprécié que dans les autres hôpitaux de notre ville on ne permet pas aux malades payants de se faire traiter par des médecins étrangers au bureau des médecins attachés à l'hôpital.

Enfin, une troisième catégorie de malades doit profiter des avantages offerts par le système que nous examinons. Ce sont ceux qui résident à la campagne, à qui leur médecin recommande le séjour dans un hôpital pour qu'ils y puissent suivre quelque traitement particulier, et qui, cela va sans dire sont dans une position de fortune leur permettant de faire la chose. Chaque jour les médecins de campagne dirigent vers les hôpitaux des grands centres des malades pauvres dont l'état et la maladie exigent des soins spéciaux qu'on ne peut se procurer que dans les institutions de ce genre. Pourquoi n'y enverraient-ils pas aussi les malades qui, plus favorisés du côté de la fortune, ont également besoin de ces soins particuliers?

Le système des chambres privées, tel qu'il existe à l'Hôpital Notre-Dame est absolument analogue à celui des *maisons de santé* établies en France, et partout où il a été établi il a donné les meilleurs résultats. (1) Les avantages du service médical et chirurgical sont même plus considérables à l'Hôpital Notre-Dame que partout ailleurs. Ainsi, comme nous l'avons dit, les malades privés peuvent appeler auprès d'eux le médecin de leur choix, à quelque école ou à quelque institution qu'il appartienne. De plus deux médecins résident continuellement à l'Hôpital, ce qui est d'un grand avantage pour les cas d'urgence, d'accident, etc. Enfin l'Hôpital est en communication directe par téléphone avec plusieurs des médecins visiteurs, de sorte que ceux-ci peuvent être appelés promptement à toute heure du jour ou de la nuit.

Nous formons des vœux pour que le système en question ayant durant les deux dernières années donné de si heureux résultats, en donne de plus heureux encore par l'addition de nouvelles salles privées.

(1) *Vide* Pay Hospitals and pay-wards throughout the world, by Henry C. Burdett, London 1879.

Non possumus !

Nous lisons dans le *Scalpel* de Liège (7 mai 1882) :

“ *Un comble médical* : Sous ce titre. l'Union Médicale du Canada, qui se publie à Montréal, reproduit une circulaire par laquelle un jeune médecin annonce son installation et se recommande au public. A la lecture de cette pièce, en croira-t-on ses yeux ? C'est ce qui l'a fait considérer comme un comble par notre confrère. L'association, dans des termes fermes et puissants peut seule prévenir de tels écarts. Quel est le médecin assez audacieux pour s'exposer, de gaieté de cœur à être répudié et placé au banc de la généralité de ses confrères ? Qu'on lise donc cette pancarte.”

Puis le *Scalpel* reproduit *in extenso* la circulaire du Dr L., et la fait suivre des remarques que nous avait inspirées, dans le temps, ce singulier manifeste.

Notre confrère du *Scalpel* ignore sans doute que de ce côté-ci de l'Atlantique la liberté individuelle et professionnelle est si grande que, en dépit de tous les codes d'éthique médicale connus, les écarts du genre de celui que nous avons signalé se commettent assez souvent et que nous sommes à peu près impuissants à les réprimer. Il n'existe pas parmi nous d'association qui, comme celle du *Concours Médical* ou de la *Fédération Médicale*, ait pour but spécial d'établir et de maintenir entre confrères les bonnes relations et les rapports qui doivent exister entre personnes appartenant à la même profession, en même temps que de sauvegarder la dignité et l'honneur du corps médical. Ces divers attributs appartiennent vraisemblablement au bureau du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province. Or le bureau a bien d'autre chose à faire. Force nous est donc de rester passifs spectateurs de cet étrange ordre de choses et de laisser les Drs L... et autres répandre à pleines mains leurs attrayantes pancartes, tout comme nous laissons une foule de gens s'ériger en vendeurs de racines et débiter en paix aux badeaux leurs tisanes *sauvages* et leurs liniments *anti-dououreux*.

Un abus.

Il y a quelques semaines nous lisons sur un journal politique de la ville, l'entrefilet suivant :

“ *Opération chirurgicale*—Hier à l'Hôtel-Dieu, le Dr Brunelle,

professeur de chirurgie à l'École de Médecine de Montréal assisté des Drs Hingston et Beaudry a fait l'ablation d'une très grosse tumeur sur un patient qui avait été d'abord sous les soins du Dr Landry, professeur de l'Université-Laval de Québec."

Nous ne voudrions pas faire à aucun de nos trois estimables et savants confrères ci-dessus nommés l'injure de leur attribuer la paternité d'un pareil fait-nouvelle. Leurs talents et leur réputation les dispensent de songer à faire circuler d'aussi mesquines réclames. L'auteur, quelqu'il soit ne sait assurément pas qu'il existe un code d'étiquette médicale et s'acquitte probablement de la chose en toute sincérité de conscience avec l'intention de faire plaisir aux messieurs en cause ou de solder une dette de reconnaissance. L'X est probablement un de ces gens qui vous disent: "Docteur si vous sauvez ma femme, votre nom ira sur les papiers" et qui oublient de payer vos honoraires. Ce qu'il y a de plus fort dans l'entrefilet c'est le nom du Dr Landry qui arrive impromptu. Mais il ne faut pas en tenir rancune à l'auteur; il ne lui est assurément pas venu à l'idée que certains lecteurs mal intentionnés pourraient se dire: "Mais c'est étrange, le Dr Landry qui jouit d'une si bonne réputation, comment se fait-il? Heureusement, le malade a eu la bonne idée de s'adresser ailleurs"... Que voulez-vous on ne pense pas à tout.

Au reste, ce n'est pas la première fois que nos journaux politiques se font l'écho de réclames aussi peu conformes à la dignité professionnelle et nous ne sommes pas non plus les seuls à nous en plaindre. Dans un article intitulé: "*Does it pay?*" le *Canadian Journal of Medical Science* dénonce en termes énergiques un abus qui, dit-il ne peut être qu'offensant et injurieux pour la profession médicale.

Petite Correspondance.

"Margarate" Québec. Il n'est pas à notre connaissance qu'aucune substance, administrée en injection hypodermique puisse faire résorber le tissu adipeux qui, dans la polysacrie, s'accumule parfois de préférence en certains endroits. Aucun auteur à nous connu ne mentionne la chose. La question serait de savoir si une substance quelconque pourrait faire résorber localement le tissu adipeux sans entraîner en même temps la mortification du tissu cellulaire.

Bibliographie.

The Transactions of the American Medical Association, vol. 32, Philadelphia.

Dans ce volume sont traitées plusieurs questions du plus haut intérêt telles que : La saignée dans la pneumonie, Wile ; nature et traitement de la pneumonie, Dabney ; traitement mécanique des déplacements et des maladies de l'utérus, Cole ; maladies contagieuses aiguës et infections, Jacobi ; étude expérimentale et clinique de l'étiologie et des caractères distinctifs de la fièvre traumatique, Watson ; pustule maligne de la lèvre, Teale ; arthrite de l'articulation temporo-maxillaire, Goodwillie, etc., etc.

En somme ce volume qui résume les travaux de l'élite de la profession médicale américaine et les progrès de la médecine pendant l'année qui vient de finir, est digne de ceux qui l'ont précédé et peut figurer avec honneur sur le même rayon que nos auteurs classiques.

Brochures reçues.

Fund Mustren Ophthalmologischer Wir-Samkit, Von Dr Med. Albert Mooren.

Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec, imprimé par ordre de la Législature.

Genius resistless. An Ode. A Tribute to Jenner and Pasteur, by J. J. Caldwell, M.D.

The Death rate of Memphis, by G. E. Waring, jr.

Judicial Reforms, first report, 1 vol. in 80 pp. 262, Québec 1882.

Electricity in Medicine and Surgery with cases to illustrate, by John J. Caldwell, M.D. Baltimore, Maryland.

Etude critique d'Etiologie et de Pathogénie utérine ; Présentation d'un nouvel hystéromètre, par le Dr P. Ménière, (d'Angers). brochure de 34 pages, Paris, chez Asselin, 1881.

Nécrologie.

Nous apprenons avec un profond regret la mort de M. le Dr Geo. W. Campbell et nous nous associons de tout cœur à la motion de condoléance passée par la Société médico-chirurgicale de Montréal à sa séance du 9 courant.

Proposé et unanimement résolu: Que la Société médico-chirurgicale de Montréal a appris avec un profond regret la mort inattendue de George W. Campbell, A.M., M.D., L.L.D., Professeur émérite de chirurgie et doyen de la Faculté de Médecine de l'Université McGill et pendant plusieurs années membre de cette société et son premier président lors de sa réorganisation. Médecin praticien en cette ville, depuis près de cinquante ans, il sut toujours conserver la confiance, le respect et l'admiration de ses confrères de la génération passée et de la présente par ses éminentes qualités comme médecin et chirurgien; par sa loyauté et sa délicatesse à l'égard des collègues avec lesquels il était appelé en consultation; par ses rapports remplis d'égards et de bonté avec tous, mais surtout avec les plus jeunes membres de la profession.

Que c'est avec un profond chagrin que cette Société présente ses sentiments de condoléance à Mme Campbell et à sa famille dans la navrante affliction que leur cause la perte d'un tel époux et d'un tel père, et qu'elle désire leur donner l'assurance que la profession médicale de cette ville et de tout le pays apprécie dignement la grandeur de la perte qu'elle vient de subir.

NOUVELLES MÉDICALES.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

L'assemblée sémi-annuelle du bureau des gouverneurs de ce Collège a eu lieu le 10 mai dernier à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, sous la présidence du Dr R. P. Howard.

Tous les gouverneurs du Collège moins six étaient présents.

Des résolutions de condoléance ont été passées au sujet de la mort des Drs P. A. C. Munro et J. G. Bibaud, de Montréal, et du Dr Dubé de la Rivière-du-Loup.

Le Président informe le Bureau que des amendements importants ont été faits à l'Acte *Médical* durant la dernière session du Parlement provincial, et que ces amendements ont été approuvés par les gouverneurs représentant les cités de Montréal et Québec dans le collège. Le tarif adopté par le bureau et qui n'avait force de loi que depuis un an a été abrogé par la législature qui a cependant laissé au Bureau le droit de faire un nouveau tarif.

Sur rapport du Bureau d'Examen préliminaire les messieurs dont les noms suivent sont admis à l'étude de la médecine : Alfred Létourneau, Ernest Choquette, Albert Rolland, Ovide Ostigny, C. Collet, John L. Duffett, Touseaint Charron, G. Pilon, F. Canac Marquis, Jules Laberge, J. M. Roy, Alex. Boucher, Alfred Poole, A. Faucher de St Maurice, Aquilus Cheval, Auguste F. Schmidt, W. Hénault, H. Dauth, A. Barnard, J. B. Gibson, Hercule Roy, Eugène McKay, A. Delisle, J. Rodier, A. N. Worthington, M. Chs Rochon et L. J. N. Delorme (27).

Vingt-et-un candidats sont refusés.

Les assesseurs nommés par le Bureau pour surveiller les examens dans les différentes écoles de médecine présentent leurs rapports qui sont tous favorables.

M. Lamirande fait rapport que durant les six derniers mois vingt-deux actions ont été instituées devant les cours de justice contre des personnes exerçant illégalement la médecine. Onze causes ont été gagnées par le Bureau, quatre ont été renvoyées et sept sont encore en voie de progrès.

Un comité spécial nommé lors de la dernière assemblée pour s'enquérir de certains faits concernant M. le Dr A. M. Ross, fait rapport que les dispositions de l'acte *médical* actuel ne permettent pas au bureau d'agir dans cette affaire, et suggère que la clause suivante soit proposée comme amendement à l'acte *médical* :

Tout médecin enregistré qui sera convaincu de quelque félonie devant aucune cour de justice ou qui aura tenu une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel verra son nom effacé du registre des médecins, et le registraire aura le pouvoir de refuser l'enregistrement de toute personne qui aura été convaincue de quelque félonie devant aucune cour de justice ou qui aura tenu une conduite infamante ou indigne au point de vue professionnel, tel qu'il vient d'être dit.

Un comité est nommé pour préparer un nouveau tarif. Il est composé comme suit : Drs Lemieux et Parke (Québec), Drs Lachapelle et F. N. Campbell (Montréal), Dr Perrault (Longue Pointe), Dr Prévost (St Jérôme), Dr Ladouceur (Sorol), et Dr Worthington (Sherbrooke).

Mesdames Mary Davies, Mary Bohme, Jessie McNab, Margaret Miller, Elisabeth Sutherland, Sophie Husson et Emily Harris reçoivent, après examen, une licence leur permettant de pratiquer comme sages-femmes.

Les messieurs dont les noms suivent reçoivent, sur présentation de leurs diplômes, la licence du Collège ;

Université Laval, (Québec) :—Albert Marois M.D., Joseph A Marcoux MD, A C Hamel MD, Québec.

Université Laval (Montréal) :—Isaie Cormier MD, Montréal ; Joseph Cuerrier MD, Cotoau Landing ; Ovila Malette MD, Montréal.

Université McGill :—A A Henderson MD, Ottawa ; Wm Stephen MD, Montréal ; Alex D Struthers M D, New Richmond, Q ; Alex H Dunlop M D, Pembroke, O ; Robt H Klock M D, Aylmer, PQ ; Wm G Duncan M D, Granby ; Wm B Burland M.D, Port Kent, N. Y. E-U : R C McCorkill M.D, Farnham.

Université Bishop :—Walter J Prendergast M D Montréal ; Ninian C Smillie M D Montréal ; James L Foley M D, L RCP Lond, Montréal ; Wm D M Bell M D, Ottawa.

Collège Victoria :—Fred Saint Jacques M D, Sainte Anne des Plaines ; J B Leroy M D, Montréal ; Joseph H Lanthier M D, Saint Pie ; Félix P Vanier M D, Saint Nartin ; Samuel K Kelley M D, Bingsey ; J B Maillet M D, Memramcook N B ; Alex Smith M D. Wright ; Horace Manseau M D, Montréal ; Napoléon Dubeau M D, St Gabriel de Brandon.

Et la séance est levée.

Loi médicale.—Nous publions sous forme de supplément à la présente livraison l' " Acte concernant la profession médicale " avec les derniers amendements que la Législature vient de sanctionner. Ce document est d'une telle importance pour chacun de nous, que nous nous ferons un devoir de le publier en entier chaque fois qu'on y apportera des changements d'intérêt général. De cette façon chacun pourra se renseigner d'un coup-d'œil et sans crainte de s'égarer dans le dédale des amendements.

—MM. E. J. Barbeau et L. A. Senécal et MM. les Drs J. P. Rottot, E. P. Lachapelle et H. E. Desrosiers ont été nommés *gouverneurs à vie* de l'Hôpital.

Hôpital Notre-Dame.—Le Bureau des Gouverneurs de l'Hôpital Notre-Dame vient de faire l'acquisition de l'ancien Hotel Donegana pour la somme de \$30,000. L'existence de l'institution est désormais assurée. Après deux ans d'existence c'est un assez joli succès. Il faut croire que ce troisième hôpital n'est pas inutile.

Université Laval, Montréal.—Les examens pour la licence en médecine (1ère et 2e épreuves) auront lieu du 15 au 23 courant.

MARIAGES.

A Paris, le 27 avril dernier, M. Flavien Dupont, docteur en médecine et lauréat de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Montréal) (classe de 1879), à Mademoiselle Marie Thérèse Lantelme.

En cette ville, le 2 mai dernier, M. le Dr A. A. Foucher, professeur à l'Université-Laval (Montréal) a Mademoiselle Lumir Rolland, troisième fille de J. B. Rolland, écrivain.

La bénédiction nuptiale a été donnée par M. l'abbé L. Beaudet, vice-recteur de l'Université-Laval.

En cette ville, le 7 courant, au No. 1145 rue Dorchester, par le Rév. George H. Wells, William Gardner, M.D., à Mademoiselle Jennie, fille de Augustin Cantin, écrivain.

DÉCES.

A Vandreuil, le 2 mai, à l'âge de 8 ans 7 mois et quelques jours, Marie Joséphine Alma, enfant du Dr Ls. Jos. Avila Valois.

A Manchester, N.H., le 6 mai, Jean Alfred Majeau, M.D., à l'âge de 32 ans, 4 mois et 23 jours.

En cette ville, le 25 mai, à l'âge de 23 ans, M. Odilon Etue Davivier, élève en médecine à l'Université-Laval.

En cette ville, le 28 mai à l'âge de 22 mois, Joseph-Edmond-Racoul, enfant du Docteur J. Ali. Laramée.

SUPPLEMENT DE L'UNION MEDICALE.⁽¹⁾

Acte pour amender et refondre de nouveau, les actes concernant la profession médicale et la chirurgie, dans la province de Québec.

Attendu qu'il est nécessaire d'amender et refondre de nouveau, les lois maintenant en force dans la Province de Québec, pour régler les qualifications et l'examen des candidats à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, pour l'enregistrement des praticiens en médecine, et pour l'infliction de pénalités aux personnes enfreignant les dispositions de cet acte concernant la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique; En conséquence, Sa Majesté, par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec, décrète ce qui suit :

1. Depuis et après la passation du présent acte, l'acte ou ordonnance du conseil législatif de la ci-devant province de Québec, passé dans la vingt-huitième année du règne de feu Sa Majesté le Roi George Trois, et intitulé : " Acte ou Ordonnance qui défend à qui que ce soit de pratiquer la Médecine et la Chirurgie dans la Province de Québec, ou la profession d'Accoucheur dans les villes de Québec et Montréal, sans une permission," et tous autres actes ou parties d'actes qui se rapportent, en aucune manière, à la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l'art obstétrique dans la province de Québec, ou qui se rapporte, en aucune manière, au mode d'obtenir des licences pour y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ainsi que l'acte 40 Vict., chap. 26, intitulé : " Acte pour amender et refondre les actes concernant la profession médicale et la chirurgie dans la Province de Québec," sanctionné le 28 décembre 1876, seront et sont par le présent abrogés, excepté pour ce qui regarde toute contravention aux dits actes ou à aucun d'eux avant la passation du présent acte, ou à toute amende ou pénalité encourue par suite de telle offense.

2. Toute personne résidant dans la province de Québec, autorisée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, et qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été enregistrée

(1) Nous avons mis en italique les derniers amendements à la loi médicale.—
(NOTE ÉDIT.)

sous l'acte 40 Vict. chap. 26, et toute personne résidant dans la province de Québec et licenciée à y pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, qui à l'époque de la passation de cet acte, n'aura pas été enregistrée sous l'acte 40 Vict., Chap. 26 mais qui sera ci-après enregistrée en vertu du présent acte,—et toute personne qui pourra ci-après obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans cette province, et qui deviendra enregistrée en vertu du présent acte, seront constitués en corps politique et incorporé sous le nom de "COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC;" et ils auront, sous ce nom, succession perpétuelle et un sceau commun, avec droit de le changer, de l'altérer, le détruire ou le renouveler; et ils pourront, eux et leurs successeurs, sous le nom susdit, poursuivre, plaider et de défendre et ester en justice dans toutes les cours et places quelconques, et seront habiles en loi, sous le nom susdit, à posséder, à recevoir, et conserver pour les fins du dit acte, l'avantage du collège, toutes sommes de deniers qui ont été ou seront, en aucun temps ci-après, payées, données ou léguées au dit collège et pour son usage; ils pourront, en aucun temps ci-après, sous le dit nom, et sans lettres d'amortissement, acquérir, prendre, recevoir, avoir, tenir et posséder des terres, ténemens ou héritages, et en jouir, ainsi que les profits et intérêts qui en proviendront pour les fins du dit collège et pour nulle autre fin quelconque: pourront les vendre, concéder, louer, léguer, aliéner ou en disposer, et faire à cet égard, tout ce que de droit; pourvu toujours, que la valeur des biens immeubles ainsi possédés par la dite corporation, n'excèdera en aucun temps, la somme de vingt mille piastres.

"La dite corporation aura deux bureaux d'affaires, l'un dans la cité de Québec, et l'autre dans la cité de Montréal, au bureau même des secrétaires du collège nommés en vertu de l'article 1er du chapitre 2 de ses statuts, règles et réglemens.

L'assignation de la dite corporation se fera à l'un ou à l'autre de ces bureaux indistinctement, en parlant à un employé d'icelui, et dans toute procédure, le domicile de cette corporation sera suffisamment désigné par les mots suivans: "ayant un bureau d'affaire, dans chacune des cités de Québec et de Montréal."

3. Depuis et après la passation du présent acte, les personnes qui composent le collège des médecins et chirurgiens, seront dénommées MEMBRES DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

4. Les affaires du dit collège, seront régies par un bureau de gouverneurs, au nombre de quarante, et élus pour trois ans ainsi qu'établi ci-après, savoir: — quinze seront choisis parmi les membres du collège résidant dans le district de Québec, dix-neuf parmi ses membres résidant dans le district de Montréal, trois

parmi ses membres résidant dans le district des Trois-Rivières et trois parmi ses membres résidant dans le district de Saint-François ; et des membres du dit bureau des gouverneurs pas moins ni plus de huit résideront dans la ville de Québec et pas moins ni plus de dix résideront dans la Cité de Montréal, pourvu toujours que : l'Université Laval, à Québec, en nommera deux qui seront choisis parmi les membres du collège, résidant dans la cité de Québec ; — l'Université Laval, à Montréal, en nommera deux ; — l'Université McGill, deux ; — l'Université de Bishop's college, deux, et l'École Incorporée de médecine et de chirurgie de Montréal, affiliée à l'Université du Collège Victoria, ou avec toute autre université britannique, deux ; lesquels dits gouverneurs ainsi nommés seront choisis parmi les membres du dit collège des médecins et chirurgiens, résidant dans la cité de Montréal. Les gouverneurs qui devront être nommés par les institutions mentionnées dans cette section, ne seront pas tenus de faire confirmer ou approuver leur nomination par le dit collège, mais sur présentation de leur certificat de nomination, auront droit de prendre leurs sièges et d'entrer en fonction.

Dans les cas où aucune des universités, collèges ou écoles de médecine incorporées maintenant existant dans la province de Québec, cesserait d'enseigner aux étudiants la science de la médecine, le pouvoir de nommer des délégués, comme ci-haut pourvu, cessera *ipso facto* et ne pourra revivre que quand ces institutions ou aucunes d'elles, reprendront de bonne foi leur enseignement.

A chaque élection du bureau des gouverneurs, chaque membre de la dite corporation aura le droit de voter par procuration ;

2. Des districts susdits, le district de Québec comprendra les districts judiciaires actuels de Québec, Gaspé, Saguenay, Chicoutimi, Rimouski, Montmagny, Beauce et Kamouraska ; le district de Montréal comprendra les districts judiciaires actuels de Montréal, Terrebonne, Joliette, Richelieu, Bedford, Saint-Hyacinthe, Iberville, Beauharnois et Ottawa ; le district des Trois-Rivières comprendra les districts judiciaires actuels des Trois Rivières et Arthabaska ; et le district de Saint-François comprendra le présent district judiciaire de Saint-François ;

3. Les membres du bureau des gouverneurs seront élus pour une période de trois ans, mais tout membre pourra, en tout temps, donner sa démission par lettre adressée au secrétaire du dit bureau, le secrétaire devra incontinent en notifier l'université ou le corps où telle vacance surviendra, et telle université ou corps, pourra nommer une autre personne qualifiée pour remplir cette vacance ; ou si la vacance est causée par la mort, la démission ou le départ d'une ville ou d'un district formant la circonscription électorale d'un membre élu par les cités ou districts, le bureau des gouverneurs, remplira telle vacance, à la première assemblée après que cette vacance sera survenue, en élisant au scrutin, un des mem-

bres éligibles du collège, de la cité ou district où telle vacance sera survenue, et dans le cas où aucune vacance surviendrait dans le bureau des gouverneurs, en conséquence d'aucune de ces institutions cessant d'enseigner, la place de tels gouverneurs, sera remplie de la même manière, parmi les membres du dit collège résidant dans la cité dans laquelle telle institution était située, durant la suspension d'enseigner de telle institution, ainsi que ci-dessus énoncé; et durant aucune telle vacance le bureau des gouverneurs pourra exercer les pouvoirs du bureau ci-après mentionnés.

5. Le dit bureau des gouverneurs sera, et il est par le présent constitué, LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE; et il s'assemblera, en cette qualité, pour remplir les divers devoirs qui lui sont imposés par cet acte, en sa qualité de bureau des gouverneurs du collège, pas moins de deux fois chaque année, à tel lieu et à tel endroit qui seront par le dit bureau, jugés les plus convenables; et dans ces occasions, sept membres formeront un quorum pour la transaction des affaires.

6. Depuis et après la passation du présent acte, aucune personne ne pratiquera la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, dans la province de Québec, à moins d'avoir obtenu une licence du bureau provincial de médecine, qui est par le présent autorisé à accorder la dite licence *et sans être enregistré conformément aux dispositions de cet acte.*

7. Toute personne ayant obtenu ou qui obtiendra ci-après un degré ou diplôme de médecine, dans une des universités ou écoles mentionnées, à la quatrième section du présent acte, aura droit à telle licence, sans examen, quant à ses connaissances et habileté en médecine; pourvu que tel diplôme n'ait été donné qu'après quatre années d'étude médicale, depuis la date de l'admission à l'étude, et suivant les exigences de la loi actuelle; pourvu aussi que "LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE" aura le pouvoir d'accorder le même privilège aux porteurs de degrés ou de diplôme de médecine et de chirurgie d'autres universités et collèges britanniques, ou des colonies ou de France.

8. Depuis et après la passation du présent acte, personne ne sera admis à étudier la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, avant d'avoir obtenu un certificat de qualification du dit bureau provincial de médecine.

Et personne n'aura droit à une licence du collège sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions du présent

acte, ou à moins qu'il n'ait subi un examen préliminaire équivalent, devant un collège, une école ou un bureau autorisé par la loi à exiger et faire subir de tels examens préliminaires dans les possessions de Sa Majesté britannique, ailleurs que dans la province de Québec et acceptables au bureau créé par le présent acte.

9. A la première assemblée régulière du dit bureau, après la passation de cet acte, le bureau provincial de médecine nommera pour trois ans, (sujet toujours à l'approbation du bureau, quatre personnes actuellement engagées dans l'œuvre de l'éducation en général, dans la province de Québec, pour examiner tous ceux qui veulent commencer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets d'éducation en général, ci-après mentionnés, comme devant servir d'examen préliminaire aux étudiants en médecine, savoir : un examinateur parlant la langue française et un examinateur parlant la langue anglaise pour la ville de Montréal, et un parlant la langue française et un parlant la langue anglaise pour la cité de Québec. Les sujets pour la qualification préliminaire seront l'anglais et le français, le latin, la géographie, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles-lettres, et aucun des sujets suivants : le grec, la physique et la philosophie ; et le candidat devra présenter un certificat de bonnes mœurs ; pourvu que tous les élèves en médecine qui, avant la passation de cet acte, ont passé un examen préliminaire devant l'examineur ou les examinateurs d'aucune université, école de médecine incorporée, ou le bureau médical provincial, ne soient pas requis d'être examinés par les examinateurs mentionnés dans cette section.

10. Toute personne désirant obtenir une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans cette province, et être enregistrée en vertu de cet acte, et qui n'aura pas obtenu un degré ou diplôme de médecine, de chirurgie et d'art obstétrique, dans une des institutions mentionnées à la quatrième section du présent acte, devra, avant d'avoir droit à telle licence et de se faire enregistrer dans cette province, passer un examen devant ce bureau, pour prouver ses connaissances et son habileté pour la pratique efficace de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, et après avoir passé l'examen requis, et après avoir prouvé à la satisfaction des examinateurs, qu'il s'est conformé dans une institution d'enseignement médical dans les Possessions de Sa Majesté aux règlements passés par le bureau provincial, et sur paiement de tels honoraires que le bureau peut fixer par un règlement général, cette personne aura droit à une licence pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, dans la province de Québec.

11. Toutes personnes venant d'un collège reconnu et en dehors des possessions de Sa Majesté, et désirant obtenir la licence du collège, devront auparavant passer l'examen préliminaire devant les examinateurs nommés par le Bureau provincial de médecine, ou prouver à la satisfaction du Bureau, qu'elles ont déjà passé un examen équivalent ; elles devront de plus suivre, dans l'une des écoles de médecine de cette province, un cours complet (six mois de lectures, et tout autre cours ou cours qui sera ou seront nécessaires pour compléter le curriculum exigé par le Bureau, Elles devront aussi passer l'examen professionnel devant le Bureau provincial de médecine. Ces personnes pourront passer leur examen professionnel immédiatement après leur examen préliminaire.

12. Le dit bureau des gouverneurs du collège des médecins et chirurgiens aura le pouvoir :

Premièrement.—De régler l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, en établissant des règlements quant à la qualification préliminaire, la durée des études, le cours à suivre, et l'âge de l'aspirant à une licence, pour pratiquer ; pourvu toujours que tels règlements ne soient pas contraires aux dispositions du présent acte ;

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

Troisièmement.—De faire enregistrer dans les livres du collège, le nom, l'âge, le domicile, la place natale de chaque membre de la profession qui pratique maintenant, ou pourra à l'avenir pratiquer dans la province de Québec, ainsi que la date de sa licence et la place où il l'a obtenue ;

Quatrièmement.—De fixer le temps d'épreuve que les personnes devront subir, avant d'être éligibles comme gouverneurs du collège, lequel temps d'épreuve ne sera pas moins de quatre ans ; et de faire toutes telles règles et règlements pour le gouvernement et la règle efficace de la dite corporation, et l'élection d'un président et des officiers d'icelle, ainsi que les membres du dit collège le jugeront convenable et expédient, lesquels règles et règlements seront soumis au lieutenant-gouverneur en conseil de la province, pour être approuvés par lui, et ne seront en force qu'après avoir reçu sa sanction.

13. Le bureau provincial de médecine fera de temps en temps, quand l'occasion le demandera, des réglemens;

1^o Pour la ligne de conduite des examinateurs, et pour prescrire les sujets et le mode d'examen, le temps et lieu où seront tenus ces examens, et, en général, fera les réglemens qu'il jugera convenables et nécessaires, relativement à ces exercices, pourvu que ces réglemens ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte;

2^o Pour réglementer l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, quant aux qualifications préliminaires, à la durée de l'étude et au cours d'étude que devront suivre les étudiants;

Pourvu toujours, que ces réglemens ne soient pas contraires aux dispositions de cet acte, et que aucun changement dans le cours d'études établi par le bureau, ne vienne en vigueur qu'un an après qu'il aura été fait;

3^o Pour nommer des assesseurs choisis parmi ses membres ou parmi les membres enregistrés du collège, pour visiter et assister aux examens médicaux dans les diverses universités, collèges et écoles incorporées de la province, et faire rapport au bureau provincial sur la nature de ces examens; mais tels assesseurs ne seront pas choisis parmi les professeurs, dans aucune des dites universités ou écoles incorporées, et au cas où tel rapport serait, en aucun temps, défavorable à aucune université, collège ou école incorporée, le bureau provincial pourra, dans ce cas et sous ces circonstances, refuser la licence et l'enregistrement des degrés ou diplômes des institutions au sujet desquelles il aura été fait tel rapport, tant que tels examens n'aient pas été amendés.

À cette fin, le bureau provincial nommera ou élira des assesseurs, dont deux ou plus devront assister aux examens de chaque université, collège ou école de médecine incorporée d'accord avec un règlement à être passé ci-après par le bureau;

Ces institutions devront notifier le bureau provincial, au moins un mois à l'avance, de l'époque ou des époques auxquelles leurs examens auront lieu;

4^o Pour fixer le tarif des prix qui seront payés dans les villes et dans les campagnes pour les avis en matière de médecine, d'obstétrique ou de chirurgie, ou pour les soins, ou pour l'accoutumance de toute opération, ou pour toutes médecines qui auront été prescrites ou fournies;

5^o Un tel tarif pour être valable, devra être approuvé par son honneur le lieutenant gouverneur de la province de Québec, en conseil, et ne pourra entrer en force que six mois après sa publication, ainsi que la publication de l'ordre en conseil approuvant le dit tarif, une seule fois dans la Gazette Officielle de la province de Québec.

Le tarif ne dispensera pas, en cas de poursuite, de la preuve des avis, soins, prescriptions, remèdes et autres choses y mentionnées, d'après les lois actuellement en force.

14. Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de fixer, par règlement, le salaire ou les honoraires qui doivent être payés aux officiers, aux examinateurs et aux assesseurs nommés par le dit bureau ; ainsi que les honoraires que devront payer tous les candidats qui demanderont des licences pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, ainsi que les honoraires qui devront être payés pour enregistrement ; et le bureau pourra disposer de ces honoraires de la manière qu'il croira le plus propre à favoriser les intérêts du collège.

15. Les qualifications requises de tout candidat pour l'obtention d'une licence l'autorisant à pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique, consisteront en ce qu'il ait un certificat d'étude d'un médecin licencié pour l'intervalle qui sépare les cours qu'il a suivis ; qu'il ait atteint l'âge de vingt-et un ans ; qu'il ait étudié pendant une période de pas moins de quatre années à dater de son admission à l'étude de la médecine par le bureau ; et qu'il ait suivi pendant les dites quatre années, dans quelque université, collège ou école de médecine incorporée, dans les domaines de Sa Majesté, pas moins de deux cours de six mois chacun, d'anatomie générale ou descriptive, — d'anatomie pratique, — de chirurgie, — de pratique de la médecine, — de l'art obstétrique, — de chimie, — de matière médicale et thérapeutique générale, — des institutes de médecine ou de physiologie générale, — de clinique médicale et de clinique chirurgicale, — un cours de six mois ou deux cours de trois mois de jurisprudence médicale, — et un cours d'hygiène de trois mois et un cours de pas moins de vingt-cinq démonstrations sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie microscopiques ; aussi, qu'il ait suivi la pratique générale d'un hôpital contenant au moins cinquante lits, sous la charge de deux médecins ou chirurgiens au moins, pendant une période de pas moins d'une année et demie, ou trois périodes de pas moins de six mois chacune ; et qu'il ait assisté à six cas d'accouchement, et qu'il ait manipulé (*compounded*) des remèdes pendant six mois ; et pour faire disparaître tous doutes à l'égard du nombre de lectures que les écoles incorporées de médecine de la Province de Québec sont tenues de donner, il est statué et déclaré, que chaque cours de six mois sera de cent vingt lectures, excepté pour la clinique médicale et chirurgicale, et la jurisprudence médicale. Des quatre années d'études exigées par le présent acte, au moins trois termes de six mois chacun, seront employés à suivre des cours dans une université, collège ou école de médecine incorporée reconnu par ce bureau ; les premiers de ces cours seront ainsi suivis la session qui suivra immédiatement l'examen préliminaire et les derniers le seront durant la quatrième année d'étude, et le candidat devra subir son examen sur les matières finales du curriculum, à la fin de la session de sa quatrième année d'étude.

16. Toutes les personnes qui obtiendront du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, une licence les autorisant à pratiquer, porteront le nom de membres du dit collège, mais elles ne pourront être élues comme gouverneurs, qu'après quatre années de la date de leur admission comme membres ; et telle élection des gouverneurs sera faite suivant les réglemens et de la manière que le bureau adoptera. Les membres du collège paieront une somme de deux piastres par année pour l'usage du collège.

17. Le bureau provincial de médecine aura le pouvoir de faire des règles et réglemens concernant l'admission des femmes à l'étude et à la pratique des accouchements, dans cette province, et il fixera le degré, la nature et l'étendue des connaissances et qualifications exigées des femmes désirant pratiquer les accouchements ; pourvu toutefois, que toute femme qui à l'époque de la passation du présent acte, aura été légalement qualifiée pour pratiquer comme sage-femme dans cette province, retiendra ce droit, mais sera requise de se conformer à tels règles et réglemens qui pourront être faits ci-après à leur égard par le Collège des médecins et chirurgiens de Québec ; rien dans cette section ou dans les réglemens qui seront faits n'empêchera comme cela se fait souvent, les femmes dans les campagnes, de pratiquer les accouchements ou d'aider aux accouchements sans qu'elles soient admises à l'étude ou à la pratique des accouchements, mais elles devront obtenir un certificat d'un médecin dûment licencié constatant qu'elles ont les capacités suffisantes.

18. Le bureau provincial de médecine fera tenir par le régistrateur, un livre appelé registre, dans lequel sera entré, de temps à autre, le nom de toutes les personnes qui auront été dûment licenciées et enrégistrées en vertu de l'acte 50 Vict., chap. 26, en vertu du présent acte, et qui se seront conformées aux dispositions ci-après mentionnées et aux règles et réglemens faits ou qui seront faits par le bureau provincial de médecine concernant les qualifications requises par les personnes pratiquant la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec. Et ces personnes seules dont les noms ont été ou seront plus tard inscrits dans le registre ci-haut mentionné, seront considérées comme qualifiées et licenciées pour la pratique de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans la province de Québec. Et ce registre pourra, en tout temps, être examiné par tout praticien dûment enrégistré ou par toute autre personne.

19. Le régistrateur devra tenir le registre correct, en conformité des dispositions de cet acte et des ordres et réglemens du bureau provincial de médecine, et il fera, de temps à autre, les

changements nécessaires quand à la résidence et aux qualifications des personnes enregistrées d'après cet acte ; et il remplira tous les autres devoirs qui lui seront imposés par le bureau provincial de médecine.

20. Le régistrateur du collège, sous la direction du bureau des gouverneurs, fera imprimer et publier et distribuer aux membres du collège, de temps en temps, une copie du registre des dits noms, qu'il coordonnera alphabétiquement, en y insérant leurs noms et prénoms, leur résidence respective, leurs titres médicaux, leurs diplômes et qualifications conférés par le collège ou autre corps médical, avec les dates d'iceux,—de toutes les personnes apparaissant au registre alors existant, au jour de la publication, et tel registre sera appelée " Le registre médical de Québec " ; et une copie imprimée de tel registre, certifiée sous la signature du régistrateur comme tel, fera preuve, *PRIMA FACIE*, devant toutes cours et tous juges de paix et autres, que les personnes y nommées et entrées, ont été enregistrées selon les dispositions de l'acte ; et l'absence du nom d'aucune personne dans telle copie, fera preuve, *PRIMA FACIE*, que telle personne n'a pas été enregistrée suivant les exigences du dit acte ; pourvu toujours que dans ce cas, aucune personne dont le nom n'apparaîtra pas dans une telle copie imprimée, une copie ou extrait du registre certifié par le régistrateur du collège, de l'entrée du nom de telle personne sur le registre, fera preuve que telle personne est enregistrée suivant les dispositions du présent acte. Et un certificat sous le seing du régistrateur à l'effet qu'aucun membre dont le nom apparaît sur le registre, a payé ses contributions annuelles du collège, sera admis dans toute cour de justice comme preuve, *PRIMA FACIE*, que tels paiements ont été faits.

21. Si le régistrateur est convaincu d'une félonie, il sera à l'avenir, disqualifié pour aucune charge dans le collège.

22. Tout membre de la profession médicale qui, lors de la passation de cet acte, sera possesseur d'une licence donnée par le collège des médecins et chirurgiens du Bas Canada, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans la province de Québec, et qui n'aura pas été enregistré sous l'acte 40 Vict., chap. 26, aura le droit et sera obligé sur paiement au régistrateur, d'un honoraire d'une piastre, et de toute redevances annuelle et contributions par lui dues et payables au ci-devant collège des médecins et chirurgiens de cette province créé par l'acte 40 Vict., Chap. 26, de se faire enregistrer, en produisant au régistrateur le document qui lui donne ou qui prouve la ou chacune des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistré, ou en transmettant par la poste au dit régistrateur, son nom et le lieu de sa

résidence et la preuve des qualifications en vertu desquelles il désire être enregistré ainsi que la date de leur obtention.

23. *Toute personne obligée ou ayant droit suivant cet acte, d'être enregistrée, et qui négligera ou omettra de se faire enregistrer, n'aura pas le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, ne pourra réclamer aucun des droits et privilèges accordés par cet acte, et sera passible de toutes les pénalités imposées par cet acte, ou par tout autre, contre toute personne pratiquant la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, sans être enregistrée tel que voulu par les dits actes.*

24. Toute personne qui aura suivi des cours de médecine durant trois sessions d'aucune école de médecine, dans les possessions Britanniques, et qui se sera actuellement livrée dans cette province, à la pratique ou à la profession de la médecine pour un laps de temps dépassant trente années, pourra, sur preuve de ces faits, à la satisfaction du bureau provincial de médecine, et en produisant en sus, un certificat signé par deux médecins résidant dans les environs où il a pratiqué, qu'il a réussi dans sa profession, et qu'il mérite la considération du bureau, aura droit à une licence, pour pratiquer la médecine, la chirurgie et l'art obstétrique dans cette province, et à l'enregistrement sans examen.

25. Personne, à moins qu'autrement dûment autorisé, n'aura le droit de recouvrer aucun compte devant aucune cour de justice, pour aucun avis médical ou chirurgical, pour services professionnels, pour aucune opération, ou pour aucun remède qu'il peut avoir prescrit ou donné, ni ne pourra se prévaloir d'aucuns droits ou privilèges conférés par cet acte, à moins qu'il ne prouve qu'il est enregistré d'après cet acte et qu'il n'ait payé sa contribution annuelle.

26. Aucun certificat, requis par le présent ou par tout acte maintenant en force, de la part d'un médecin, d'un chirurgien ou d'un médecin pratiquant ne sera valide, à moins que la personne qui l'a signé ne soit enregistrée d'après cet acte.

27. Tout membre enregistré de la profession médicale, qui aura été trouvé coupable d'aucun acte de félonie devant aucune cour de justice, perdra par ce fait même, son droit à l'enseignement, et le bureau provincial de médecine fera rayer son nom du registre; ou, dans le cas où une personne convaincue de félonie, se présenterait pour se faire enregistrer, le régistrateur refusera tel enregistrement.

28. Toute personne n'ayant pas droit d'être enregistrée dans

cette province, qui sera convaincue, sous le serment d'un ou plusieurs témoins, d'avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans la province de Québec en contravention aux dispositions de cet acte, après la passation du présent acte : soit à gages, soit pour argent, marchandises, effets généralement quelconques, ou dans l'espérance d'une récompense, ou qui sera récompensée d'une manière quelconque pour avoir pratiqué la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, encourra une pénalité de cinquante piastres.

2. Une pénalité semblable de cinquante piastres sera encourue par toute personne assumant après la passation du présent acte, le titre de docteur, de médecin ou de chirurgien, ou tout autre nom qui pourrait faire supposer qu'elle est autorisée légalement à pratiquer la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique dans cette province, si elle ne peut pas établir ce fait par une preuve légale, tel que voulu par le présent acte et les lois du pays.

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

4. Dans toute poursuite d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera à la charge du poursuivi.

5. Les pénalités imposées par le présent acte, pourront être réclamées par simple action civile ordinaire au nom de : " Le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec," devant toute cour de circuit du comté ou du district du domicile du défendeur, ou dans lesquels l'offense aura été commise ; et la cour, si la preuve est suffisante, condamnera le défendeur à payer une pénalité de cinquante piastres, en sus des frais, dans le délai qu'elle fixera, et à un emprisonnement de soixante jours dans la prison commune du district, sur son défaut de satisfaire la dite condamnation dans ce délai.

Le mandat d'emprisonnement, dans ces cas, émanera sous la signature du greffier de la dite cour, sur la demande écrite du procureur ad litem du poursuivant, et pourra être mutatis mutandis suivant la formule (10) donnée dans la cédule annexée au chap. 31 de l'acte fédéral 32-33 Vict., et sera exécuté en la manière ordinaire.

Les pénalités imposées par cet acte seront recouvrables avec frais, et elles pourront être recouvrées par poursuites légales par le dit collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, en son nom incorporatif, et ayant été recouvrées, appartiendront à la dite corporation pour l'usage d'icelle.

29. Dans tous les cas où, d'après cet acte, la preuve de l'enregistrement sera requise, une copie imprimée ou autre ou extrait du registre, certifié par le registrateur du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, pour le temps d'alors, sera une preuve suffisante que toutes les personnes qui y sont mentionnées, sont enregistrées comme médecins pratiquants, au lieu de la production du registre original ; et tout certificat sur telle copie imprimée ou autre du registre ou extrait de tel registre, établissant qu'il a été signé par une personne quelconque dans sa capacité de registrateur du collège, d'après cet acte, fera preuve *prima facie* que telle personne est le dit registrateur, sans qu'il soit nécessaire de prouver sa signature, ou qu'il est de fait tel registrateur.

30. Le bureau actuel des gouverneurs élus d'après les dispositions des actes ci-dessus rappelés, sera continué et agira jusqu'à la prochaine élection triennale, mais sujet sous tous les autres rapports aux dispositions de cet acte ; et tous les règlements et règles faits jusqu'ici par le dit collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, demeureront en force jusqu'à ce qu'ils soient rappelés ou modifiés d'après les dispositions de cet acte.

31. Les officiers nommés d'après les dispositions des actes rappelés, conserveront leurs charges respectives et rempliront leurs devoirs respectifs, selon les dispositions de cet acte ; et tous les livres et registres tenus ci-devant par eux, conformément aux actes rappelés, continueront à servir à leurs besoins respectifs, selon cet acte.

32. Le collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, est par le présent acte, mis en possession de tous les droits pouvoirs, privilèges, propriétés et revenus appartenant ci-devant au collège des médecins et chirurgiens du Bas Canada *et du collège des médecins et chirurgiens créé par l'acte 40 Vict., Chap. 26.*

33. Aucune personne licenciée à pratiquer comme susdit, et enregistrée en vertu du dit acte 40 Vict., Chap. 26, ne sera, par suite de ce qui est contenu dans cet acte, relevée ou déchargée de l'accomplissement de toutes ses exigences et ses obligations, honoraires, amendes et pénalités, dus et encourus en vertu du dit acte, envers et en faveur du ci-devant collège en vertu du ci-devant acte, et spécialement dans et par les 15^e, 20^e et 22^e sections du dit acte, lesquels pourront en conséquence, être recouvrés et exigés des délinquants par le dit collège établi par cet acte, et tant qu'ils ne se seront pas conformés et mis en règle avec le dit présent collège, tels délinquants n'auront droit à aucun des droits et privilèges accordés aux licenciés enregistrés en vertu de cet acte.

34. Il sera loisible au président du collège s'il le juge expédient, en aucun temps, par un ordre sous son seing et sa signature, d'autoriser, nommer, constituer et nommer toute personne ou personnes, autres qu'aucun des officiers du dit collège, qu'il pourra choisir pour prendre des procédés contre toute personne supposée avoir enfreint aucune des dispositions de cet acte, et de percevoir toute somme ou sommes d'argent payables au dit collège par aucune personne en vertu de cette acte.

35. Rien de ce qui est contenu dans le présent acte ne sera considéré comme affectant les droits d'aucune personne, en vertu des dispositions de l'acte 28 Vict., chap. 59, tel que amendé par l'acte 29 Vct., chap. 95.

36. Cet acte viendra en force le jour de sa sanction.

Le tarif des prix préparé par le bureau provincial de médecine, approuvé par le lieutenant-gouverneur en conseil, le 4^{ème} jour de mai, 1881, et publié dans la " Gazette Officielle " de Québec, le 21^{ème} jour de mai, 1881, est par le présent acte, abrogé pour toutes les parties de la province et n'aura plus force et effet.

NOTE EDIT.—Le Bureau des Gouverneurs est à préparer un nouveau tarif.