

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>La physiologie des bactéries</i> , par le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'hôpital civique, Montréal.....	257
<i>Restauration d'un prépuce précédemment enlevé par la circoncision</i> , par le Dr O. F. MERCIER, chirurgien de l'hôpital Notre- Dame.....	264
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>La dyspepsie nerveuse et son régime alimentaire</i> , par LANCE- REAUX.....	267
<i>Traitement de la sinusite aiguë de la face</i> (LERMOGEZ).....	276
<i>La fièvre de digestion chez les enfants</i> (COMBY).....	277
<i>L'antipyrine et la quinine dans la grippe</i> (LANDOUSY).....	279
<i>Traitement de la douleur dans le rhumatisme articulaire</i> (LE- MOINE).....	280
<i>Preuve expérimentale du danger des crachats tuberculeux des- séchés</i> (CORNET).....	263
<i>Traitement de la rougeole par la pommade ichthyolée</i> (STRI- ZOVÈRE).....	296

(Voir la suite, page 3.)

“ Dans toute substance on doit considérer ses propriétés toxiques tout autant que sa puissance antiseptique
Le meilleur antiseptique est sans nul doute celui qui est le moins nuisible à l'homme.—DUJARDIN-BEAUMETS.”

LISTERINE

LA LISTERINE est un désinfectant non toxique, non irritant et non caustique, composé d'essences
ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-boracique. Elle peut être mélangée à l'eau en toute
proportion et à un degré de force suffisant pour assurer et maintenir la propreté chirurgicale aseptie—dans le
traitement de toutes les régions du corps humain.

Dans le traitement des affections catarrhales des muqueuses, La Listerine occupe une place impor-
tante en raison de son innocuité, de son efficacité, de ses propriétés détersives et antiphlogistiques et de ses
effets calmants et rafraichissants sur les tissus.

Dans les formes de dyspepsie caractérisées par la formation de gaz, d'éruptions acides et de fermen-
tations dans l'estomac, il a été prouvé que La Listerine est extrêmement précieuse. Dans beaucoup de cas,
employée seule, par cuillerée à café, ou diluée avec une ou deux parties d'eau ou de glycérine elle produit un
soulagement considérable.

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

INDICATIONS—Calcul urinaire, Goutte, Rhumatisme, Maladie de Bright, Diabète,
Cystite, Hématurie et irritation générale de la vessie.

Brochures descriptives envoyées à tous ceux qui en feront la demande.

Lambert Pharmacal Company, St. Louis, U. S.

Les Pharmaciens en détail désirant se procurer promptement nos produits n'auront qu'à s'adresser aux
Pharmaciens en gros du Canada ou à notre dépôt Canadien à Toronto, tenu par W. LLOYDWOOD, Agent.

En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

Pharmaciens-Chimistes **EN GROS ET EN DÉTAIL.**

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME, Carré Chaboillez,
MONTREAL

La maison J. LEDUC & CIE., qui a son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier, est en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1.25
“ “ “ “	1.50

Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Farenheit.

Seringues Hypodermiques	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “ North Star ” Excellente Valeur.....	seulement 5.00

Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants,
médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.-Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

Commandes par la poste, exécutées sous le plus bref délai.

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES.

CHIRURGIE.	
<i>De la hernie obturatrice étranglée</i> , par M. L. BÉRARD, chef de clinique chirurgicale.....	281
GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.	
<i>Des avortements en général et de leur thérapeutique en parti- culier</i> , par le Dr BOISSARD, accoucheur des hôpitaux, professeur adjoint à la Maternité (<i>suite</i>)... ..	289
FORMULAIRE.	
<i>Epistaxis chez les enfants</i>	294
<i>Coryza</i>	295
<i>Bronchite aiguë</i>	296
INTERETS PROFESSIONNELS.	
Lettre de M. le Dr A. T. BROUSSEAU.....	297
Réponse du Directeur-Gérant.....	302
Réponse à M. le Dr BROUSSEAU.....	303
<i>Questions d'actualité</i> , par le Dr L. J. O. SIROIS.....	308
<i>La lutte électorale</i>	315
VARIÉTÉ.	
Le professeur Charles RICHEL.....	288
BIBLIOGRAPHIES.....	263, 266, 296, 320

J. H. CHAPMAN,

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - - - MONTREAL.

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

A des prix très modérés - - - - - Discompte de 5% au comptant.

Chaises à opérer; Armoires à tiroirs pour instruments; Batteries Gaiffé (de Paris)
Aspirateur de Black et Appareil à Scarification; Forceps de Tarnier, Pajot (brisé)
Dubois, etc.

La plus soigneuse et prompt attention donnée aux ordres des praticiens de la campagne.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, aux professeurs de la Faculté de Médecine
de l'Université Laval.

H. J. CHAPMAN.

EXPOSITIONS UNIVERSELLES

Paris 1889, Mention Honorable — Lyon 1894, Médaille d'Or



CACHETS DIGNE

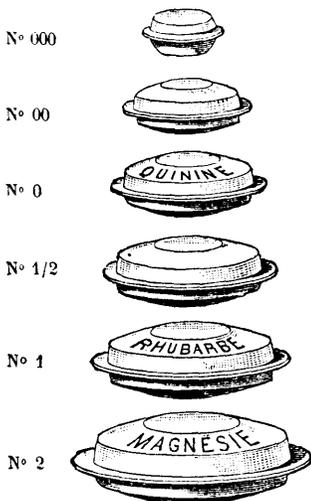
SOUPLES
RÉSISTANTS

CONSERVATION INDÉFINIE

Appareils

CAPELLIFORMES

ÉLÉGANTS, de grande contenance, à cupule saississable par les appareils Cacheteurs.



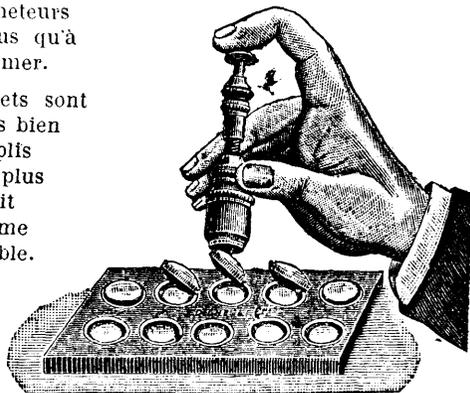
Les Cacheteurs n'ont plus qu'à les fermer.

Les Cachets sont toujours bien remplis et du plus petit volume possible.

CACHETEUR COMPRESSO-DOSEUR

des *Cachets comprimés*

Dosage des Poudres,
Réduction des doses en comprimés,
Distribution dans les Cachets
laissant les bords intacts :



Le *Compresso-Doseur* devient Cacheteur des *Capelliformes* en remplaçant son cylindre par celui du Cacheteur.

CACHETEUR DES CAPELLIFORMES dit « *Compresso-Cacheteur* »

Le plus simple et le plus pratique des appareils qui saisissent les cachets par la cupule pour les fermer.

BOITES DE 3 — 4 — 5 — 6 GRANDEURS.

Compresso-Doseur seul.

Cacheteur seul.

Compresso-Doseur et Cacheteur réunis.

HYPERCONCAVES

N°s 00 — 0 — 1, 2 — 1 — 2 et 3.



CONCAVES

FORME BASSE N°s 1 — 2 et 3.



EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des *Cachets concaves*
et *Hyperconcaves*.

CACHETS avec Inscriptions du nom et de l'adresse du Pharmacien (ou de noms de médicaments) soit en impression de couleur, soit timbrés en relief sans couleur.

CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

J^N DIGNE et C^{ie}, boulevard St-Charles, 97 et 99, MARSEILLE.

Dépôts à *Montréal* (Canada) : LYMAN KNOX ; — à *Québec* (Canada) : ULD FRANCCEUR.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PHYSIOLOGIE DES BACTÉRIES. ⁽¹⁾

Par le Dr J. E. LABERGE, médecin de l'Hôpital Civique, Montréal.

J'ai pensé vous intéresser en vous faisant part de ces quelques données que j'ai puisées un peu partout sur la physiologie des bactéries. Ce travail n'est pas complet tant s'en faut ; il ne m'est pas personnel non plus, puisque ce sont des notes que j'ai prises de côté et d'autre.

Vers la fin du dix-septième siècle, un naturaliste hollandais démontra, à l'aide d'une loupe, l'existence d'êtres vivants dont la petitesse avait caché leur existence au monde savant d'alors. Ce ne sont pas encore les débuts de la bactériologie, puisque ce fait passa inaperçu et l'auteur de cette découverte n'en tira aucune conclusion. Mais enfin ce fait mérite d'être signalé.

En 1774, Müller étudia ces infiniment petits à l'aide d'un microscope, puis en 1824, d'autres savants apportèrent quelques nouvelles notions, mais sans aucune importance scientifique. En 1850, Davaine et Rayer citent, comme un fait curieux, la présence d'une bactérie dans le sang des animaux morts du charbon.

C'est au grand Pasteur qu'appartient la gloire d'avoir établi le rôle important que jouent les bactéries dans les fermentations. En 1855, il a posé les premiers principes fondamentaux de l'étude physiologique des infiniment petits. Non seulement Pasteur constata la présence des bactéries, mais ce qui est plus important, il étudia leur action et leur rôle dans l'organisme et dans les milieux où ils sont placés; il a établi des lois qui sont restées immuables et qui servent de base aux recherches de ceux qui ont continué son œuvre. C'est donc avec Pasteur que commence la science de la bactériologie, quoique la bactérie ait été découverte deux cents ans avant lui.

(1) Travail lu à la Société des Internes, séance du 8 avril 1896.

Cette science n'a pas encore 50 ans et cependant quelle révolution n'a-t-elle pas opérée dans les différentes branches de la médecine et de la chirurgie.

Il est établi que les bactéries viennent de la terre où elles peuvent se conserver des années et des années sans qu'on soupçonne même leur présence et, sous des influences qu'on ne connaît pas, se répandent dans l'air qui nous entoure.

La théorie la plus accréditée aujourd'hui les place dans le règne végétal et cette théorie est bien prouvée par l'étude de la physiologie. La théorie de la génération spontanée, qui a eu une certaine vogue et des défenseurs éminents, n'existe plus. Cette théorie, qui était très accréditée lorsque Pasteur a fait ses grandes découvertes, a été battue en brèche par le Maître, et maintenant tout le monde admet la vérité de cet axiome *Omne visum ex ovo*. Peter lui-même, ce dernier défenseur de la théorie de la génération spontanée, serait bien forcé de se rendre aujourd'hui à l'évidence des faits, lui qui qualifiait de chimatrie les grandes découvertes de Pasteur. "J'ai cherché pendant 20 ans la génération spontanée," dit Pasteur à l'Académie de Médecine, le 16 juillet 1878.

Voici les lois que Pasteur a établies il n'y a pas beaucoup plus de 20 ans :

1° Un liquide *stérilisé* placé à l'abri des impuretés atmosphériques ne présente jamais de bactéries.

2° Les poussières seules de l'air provoquent l'éclosion de ces bactéries.

3° L'air débarrassé de ses corpuscules est impropre à féconder les infusions.

Ces vérités, qui nous paraissent si simples aujourd'hui, ont été l'objet de discussions très longues, et de polémiques très acerbes avant d'être universellement admises.

La morphologie des bactéries est assez variée ; mais on peut la réduire aux quatre types suivants :

1° Sphériques. Micrococcus. Cocci.

2° Alongé. Bâtonnets, bacilles, filaments.

3° Type plus ou moins courbé. Vibrions, Spirilles.

4° Type filamenteux ramifié. Cladotrix.

Cette division n'est pas parfaite ; cependant c'est la meilleure, c'est celle que Metchnikoff adopte dans ses leçons à l'Institut Pasteur.

Ces différentes formes de bactéries ne sont pas toujours constantes chez le même individu. Elles peuvent varier suivant diverses influences, soit de milieu, soit suivant l'âge de la culture, par exemple :

une même bactérie peut prendre tantôt la forme d'un coccus, tantôt celle d'un filament, tantôt celle d'un bâtonnet ; mais cette même bactérie prendra sa forme naturelle si elle est placée dans les conditions favorables à son évolution. Ainsi ce polymorphisme qu'on remarque chez une même bactérie n'est qu'un fait accidentel et sans grande importance si on connaît les conditions dans lesquelles cette bactérie a été cultivée.

La composition intime de la bactérie est à peu près celle de la cellule : une masse de protoplasma qu'entoure une membrane. Le protoplasma a un aspect granuleux. Certaines granulations sont plus grosses que les autres et elles sont plus réfringentes, elles absorbent plus facilement les matières colorantes ; voilà des points assez communs aux noyaux des cellules pour qu'on appelle ces granulations des noyaux de bactéries. Certaines bactéries contiennent une matière colorante spéciale qui peut sortir de la bactérie et se répandre dans le milieu où elles se tiennent. Ces bactéries sont dites chromogènes. Les nuances de ces matières colorantes sont très variables, rouge, vert, violet ou bleu. Vous avez souvent occasion d'observer cette couleur dans le pus bleu de certains pansements. Certaines cultures sur du pain azyme donnent une teinte rouge très prononcée qui a été prise pour du sang. Le mode de formation de ces pigments est inconnu de même que leur composition chimique. Fait assez remarquable, une même bactérie produira de la matière colorante dans certaines conditions et dans d'autres n'en produira pas du tout, tout en continuant à évoluer normalement.

La membrane d'enveloppe est d'après certains auteurs un composé azoté. Elle est plus ou moins épaisse et entourée d'une couche albumineuse plus ou moins considérable. Cette couche albumineuse peut prendre un tel développement que dans une même colonie ces matières visqueuses se touchent, se réunissent de manière à former une masse fondamentale homogène dans laquelle sont enfouies les bactéries, ces amas sont appelés Zoogléés. Le mode d'union dépend beaucoup du milieu où ces micro-organismes sont cultivés.

La plupart des êtres vivants ont la faculté de se mouvoir, tellement qu'il y a un proverbe qui dit : " Le mouvement, c'est la vie." Il en est des bactéries comme des autres êtres vivants, elles possèdent la faculté de se mouvoir, dans les liquides surtout. Certaines peuvent traverser le champ du microscope très rapidement ; certaines autres se transportent d'un endroit à un autre beaucoup plus lentement ; quelques-unes ne se meuvent qu'à une extrémité, il y en a qui se meuvent comme un tire-bouchon, quelques-unes ondulent simple-

ment, les micrococcus présentent un mouvement de trépidation analogue au mouvement brownien, enfin, il y a certaines variétés qui sont favorisées d'un mouvement tellement lent qu'on ne les voit pas se déplacer sous le champ du microscope, ce n'est que par le déplacement de la culture qu'on a pu l'établir. La chaleur, les liquides, l'oxygène, la lumière, l'âge de la culture peuvent influencer le mouvement des bactéries. Certaines bactéries sont munies de cils vibratils, en nombre plus ou moins considérable ; on leur a attribué ces mouvements. Cependant certaines bactéries n'ont pas de cils vibratils et sont cependant douées de mouvement.

Il faut à la bactérie pour vivre, de l'oxygène comme à tous les autres êtres vivants. Cet oxygène sert à brûler certains principes du protoplasma, d'où dégagement de forces vives en rapport direct avec la chaleur produite par la combinaison ; le résidu est de l'acide carbonique. Pour les aérobies, c'est très simple, ils prennent leur origine de l'air. Mais il y a d'autres bactéries dites anaérobies que tue l'oxygène gazeux à l'état libre ; cependant ces deux sortes de bactéries produisent de l'acide carbonique, d'où l'on conclut que ces deux espèces de bactéries absorbent de l'oxygène, mais que les anaérobies, au lieu de prendre leur oxygène de l'air, l'enlèvent aux milieux dans lesquels elles vivent.

La cellule vivante trouve dans le milieu où elle évolue des aliments pour compenser les pertes occasionnées par les actes vitaux, ou bien elle meurt.

Il en est pour les bactéries comme pour les autres cellules vivantes. Les aliments chimiques qui composent la bactérie et par conséquent qui lui sont nécessaires pour sa subsistance sont le carbone, l'hydrogène, l'oxygène, l'azote et certaines substances minérales phosphore, potassium, calcium, magnésium, fer, chlorure, silicium. Lorsque les micro-organismes se trouvent en présence de différentes substances, on voit certaines espèces prendre leur nourriture sur certains milieux de préférence aux autres. Les bactéries savent choisir l'aliment qui présente la forme la plus assimilable, celle qui demande le moins de travail pour entrer dans sa nutrition. Par exemple, certaines bactéries se développeront très bien sur les milieux acides. Un citron coupé en deux et exposé aux impuretés de l'air se couvrira de moisissures. Certaines autres, et c'est le plus grand nombre, préfèrent les milieux alcalins. Ces aliments doivent au moins pour la plupart subir des transformations plus ou moins considérables. Ces transformations s'opèrent, comme chez l'être supérieur, au moyen de sécrétions spéciales, ferments solubles appelés diastases. L'amidon

sous l'influence de cette diastase est saccharifié, la cellulose est transformée en glucose, les matières albuminoïdes sont transformées en peptones. On en voit un exemple frappant dans la liquifaction de la gélatine par les bactéries, ce phénomène est ni plus ni moins que la peptonisation du milieu sur lequel cette bactérie a été ensemencée. La casias agit sur le lait coagulé. La transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque s'opère encore sous l'influence d'une diastase.

Je viens de vous parler des produits de sécrétions, il y a aussi les produits d'excrétions qui nous intéressent encore bien plus, puisque si elles sont en quantité suffisante elles peuvent entraîner la mort de la cellule vivante. Leur pouvoir toxique et leur composition qui ressemble à de l'albumine leur a valu le nom de toxalbumine. Ce sont MM. Roux et Yersin qui les premiers, ont étudié et démontré l'existence de ces matières toxiques ; leurs propriétés se rapprochent beaucoup du venin du serpent. En outre des toxalbumines, il y a aussi les ptomaines qui sont également des produits d'excrétion qui diffèrent complètement des premiers, et dont les propriétés chimiques et physiques se rapprochent beaucoup des alcaloïdes végétaux. Leurs actions peuvent être légères et passagères, ou bien des plus actives, surpassant même les alcaloïdes végétaux les plus énergiques. En outre des toxalbumines et des ptomaines, il faut encore citer parmi les substances excrétées par les bactéries, certaines substances volatiles. Ce sont des gaz particuliers qui, soit par eux-mêmes, soit par leur combinaison à d'autres corps, donnent les odeurs particulières que développent certaines bactéries.

Les micro-organismes se reproduisent de deux manières différentes : 1° par division ; 2° par sporulation.

La première, c'est-à-dire la multiplication par division est la plus fréquente. Dans ce cas, il n'y a réellement pas formation réelle d'un nouvel être, c'est plutôt l'extension du même individu. Lorsqu'une bactérie est mure pour la reproduction, on voit sur son milieu se former une cloison très mince, hyaline, qui la divise en deux parties égales ; cette cloison devient de plus en plus mince jusqu'à ce que la scission soit complète. Cependant, cette séparation quelquefois n'est pas complète et les deux cylindres restent accolés l'un à l'autre.

Voilà le mode de reproduction pour les bâtonnets. Mais certaines autres bactéries sphériques se subdivisent différemment. Au lieu de se faire dans une seule direction, la division peut se faire dans plusieurs directions. Ex : le micrococcus tétragenus se divise suivant

deux plans perpendiculaires ; les sarcines se subdivisent par trois plans perpendiculaires, suivant trois différentes directions, le résultat est un petit cube de 27 éléments. La rapidité de la multiplication est en rapport avec les conditions du milieu alimentaire, de chaleur et d'aération ; conditions qui influencent beaucoup la vitalité de la bactérie.

Quand ces éléments viennent à faire défaut, la culture tombe au fond du vase et forme un sédiment d'aspect variable, qui n'a absolument rien de caractéristique. Le deuxième mode de reproduction est la reproduction par le spore. Presque toutes les bactéries peuvent se produire par bourgeonnement, le plus grand nombre se produisent par les deux modes ; enfin il y en a quelques-unes qui semblent se produire que par la sporulation. Lorsque la bactérie est placée dans un milieu où elle trouve toutes les conditions nécessaires à son évolution, cette bactérie se reproduit par division. Mais si le milieu de culture est un peu âgé, si ce milieu de culture est épuisé, alors la bactérie se reproduit par la sporulation. Dans le premier cas, lorsque la bactérie se reproduit par segmentation elle résiste moins bien aux agents de destruction, mais si elle s'est reproduite par sporulation, il est très difficile de détruire ses germes. Lorsqu'une bactérie va former une spore, si elle est mobile, tout mouvement disparaît. Elle se gonfle, soit dans toute son étendue, soit en un seul point, ou en deux ou en plusieurs points différents, alors la bactérie affecte différents aspects suivant l'endroit où se forme la spore. Ainsi, on aura la forme de fuscau si la spore se forme au milieu de l'élément ou bien de massue, si elle se forme à une de ses extrémités. Cette spore se forme aux dépens du protoplasma et est entourée d'une membrane très épaisse et très résistante. Elle est mise en liberté par gélification de la membrane qui enveloppait la bactérie. Lorsque la spore est dans des conditions qui favorisent sa germination, sa membrane d'enveloppe se rompt, et il en sort un petit prolongement qui en très peu de temps devient une véritable bactérie. Le caractère principal de la spore est sa grande résistance à des conditions de vie que les simples cellules végétales ne peuvent traverser sans périr. Une dessiccation prolongée, l'oxygène comprimé, la privation d'air n'ont aucune influence sur la spore, ce qui est bien différent pour la bactérie qui se reproduit par bourgeonnement, toutes ces conditions affectent considérablement sa vitalité et peuvent la faire mourir. Pour bien se graver ces faits dans la mémoire, et bien les comprendre, rapprochons-les des plantes plus élevées que nous voyons évoluer sous nos yeux. Ces plantes se reproduisent aussi par bourgeonnement. Mais ces plantes, comme les bactéries, se reproduisent par

sporulation ; c'est la graïue, qui résiste à bien des influences qui feraient mourir le bourgeon.

Ce que je viens de vous dire dans ces quelques notes, vous l'avez observé maintes et maintes fois sur les différentes plantes qui nous entourent. Elles aussi produisent des sucs plus ou moins nuisibles ; elles aussi produisent des gaz ; elles aussi respirent de l'oxygène et puisent dans la terre qui est leur milieu de culture, des substances dont elles ont besoin pour leur nutrition. Vous avez constaté bien souvent avec quelle facilité le vent, l'eau, transporte souvent à des distances très éloignées les graines qui s'implanteront dans la terre et donneront naissance à un nouvel être. Eh bien, messieurs, si vous considérez la petitesse des spores, leur transport facile par le vent, l'eau, les animaux, les habits et bien d'autres véhicules, vous pourrez vous faire une idée du grand rôle que doit jouer la spore dans la dispersion des bactéries, et des moyens rigoureux que nous devons employer pour détruire tout germe de maladie infectueuse.

D'ASTROS.—Les **Hydrocéphalies**, par le Dr Léon d'ASTROS, médecin des hôpitaux de Marseille, grand octavo de 340 pages, 1898, chez G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne, Paris—prix 8 francs.

CESTAN.—La **thérapeutique des empyèmes**, par le Dr E. CESTAN, ancien interne des hôpitaux de Paris, grand octavo, 394 pages, 1898, chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris,—10 francs.

Preuve expérimentale du danger des crachats tuberculeux desséchés.—À la Société de médecine de Berlin M. CORNET a communiqué des expériences qui démontrent de la façon la plus nette le rôle néfaste que jouent en se desséchant les crachats des tuberculeux.

Dans une chambre notre confrère a étendu un tapis, et sur celui-ci, il a répandu les crachats provenant d'un malade atteint de tuberculose avérée, en les mélangeant avec de la poussière ; puis il a laissé le tout dessécher pendant deux jours.

Il a mis ensuite dans cette pièce des cobayes, dont un certain nombre furent placés sur des planches à des hauteurs variables (7, 40 et 120 centimètres au-dessus du sol), tandis qu'un second groupe de cobayes restèrent sur le plancher. Enfin, il a balayé le tapis avec un balai un peu rude, de façon à soulever un nuage de poussière. Sur ces 48 animaux, 46 ont été infectés.

Pour se préserver de l'infection, M. Cornet s'était revêtu d'une blouse et mis une capote sur la tête ; la figure était protégée par une couche d'ouate percée de deux trous pour des lunettes. Malgré toutes ces précautions, des bacilles pénétrèrent jusque dans ses fosses nasales, car en inoculant des cobayes avec le mucus qui en provenait, l'un de ces animaux fut infecté.

RESTAURATION D'UN PRÉPUCE.

PRÉCÉDEMMENT ENLEVÉ PAR LA CIRCONCISION.

Par le Dr O. F. MERCIER, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Dans le cours du mois de décembre dernier, M. P..... âgé de 38 ans, vint me consulter chez moi, à propos d'une sensibilité exagérée du gland mis complètement à nu par une circoncision pratiquée il y a bientôt deux ans, d'une manière un peu trop généreuse. Sujet très nerveux, susceptible par conséquent de percevoir les sensations agréables ou désagréables, à un plus haut degré que la généralité des mortels, la moindre friction des vêtements sur cette muqueuse complètement exposée, lui causait une irritation et une douleur telles que simple ouvrier, il lui était presque impossible de travailler, malgré qu'il tint sa verge continuellement enveloppée dans une petite bande de toile fine.

Tout, me dit-il, a été essayé : pommades cocainisées, poudres astringentes, etc., etc. J'ai vu aussi plusieurs chirurgiens, et tous croient qu'il n'y a rien à faire, qu'une opération est impossible, ou du moins qu'elle ne donnerait aucun résultat permanent.

Ayant remarqué que l'on pouvait descendre la peau du fourreau de la verge jusqu'à recouvrir entièrement le gland, je pensai qu'en faisant un nouveau frein, et qu'en retrécissant l'ouverture de ce prépuce, il serait possible de le faire se maintenir en place définitivement.

En conséquence, je proposai au malade d'essayer, lui faisant part de l'absolue innocuité de l'opération pratiquée sous l'influence analgésique de la cocaïne.

Le lendemain, assisté de M. le Dr Huguenin, et ayant promis à M. P. qu'il pourrait facilement s'en retourner chez lui en voiture, une fois la chose faite, je pratiquai l'opération dans mon bureau même.

Voici le procédé opératoire : Comme je l'ai dit précédemment, il me fallait faire un nouveau frein, et le fourreau de la verge étant abaissé jusqu'en bas du gland, retrécir l'ouverture de ce nouveau prépuce, afin de l'empêcher de repasser en arrière du gland. La cocaïne étant injectée aux endroits déterminés, je commençai par la restauration du frein. Pour ce, je pratiquai, parallèlement au canal

urétral, une incision comprenant l'épaisseur de la muqueuse et de la peau, commençant tout près du méat, et remontant vers la racine de la verge, sur une étendue de un pouce environ. Puis, j'écarte les deux lèvres de mon incision, je décolle la muqueuse et la peau chaque côté sur une largeur d'environ six lignes, soit trois lignes chaque côté de la section.

Je place alors mes sutures, que je fais au catgut. Le premier point réunit l'une à l'autre les deux extrémités de l'incision. Ce point se trouve, une fois noué, au milieu de la plaie qui, de parallèle qu'elle était au canal, devient en conséquence transversale. La peau du fourreau de la verge se trouve alors abaissée, et fixée immédiatement sous le méat. Quelques points séparés, mis en place chaque côté du premier, achèvent de réunir les lèvres de la plaie dans la nouvelle position où je veux les fixer. Voilà pour le frein.

Il me reste le prépuce. A un demi pouce au-dessus de la couronne du gland, je trace une incision transversale, contournant toute la partie dorsale de la verge sur les $\frac{3}{4}$ de sa circonférence, j'incise assez profondément pour décoller comme précédemment les deux lèvres de la plaie sur une largeur de deux ou trois lignes, en haut et en bas. J'abaisse alors ce qui doit former le prépuce. La plaie présente alors exactement l'apparence de celle que l'on pratique dans un simple débridement préputial. Je rejoins les deux extrémités de l'incision par un point de suture. J'ai soin de faire le nœud à l'extrémité du catgut, le long chef de mon fil me sert à faire un surjet qui joint l'une à l'autre les deux lèvres muqueuses. C'est le plan profond. Une autre suture en surjet unit les deux lèvres cutanées; ce qui me donne deux plans de sutures, un muco-muqueux et l'autre cutané-cutané. Le gland se trouve ainsi entièrement recouvert, et l'ouverture du prépuce assez étroite pour qu'il ne puisse décalotter. J'ai fait cette ouverture si étroite, en prévision de l'extension qu'elle pourrait prendre plus tard, étant donnée l'élasticité si grande de la peau de la verge.

La guérison s'est effectuée sans accident, par première intention. Les sutures en surjet se sont complètement résorbées. J'ai fait faire le pansement très souvent, par l'opéré lui-même, que j'ai fait se procurer des antiseptiques voulus : Sublimé corrosif au 1/1000ième pour lavages, traumatol et gaze au sublimé.

Voici maintenant le résultat, deux mois après l'opération.

Il existe un prépuce qui recouvre presque complètement le gland, et qui n'a, par lui-même, aucune tendance à remonter. Cependant, l'opéré n'a rien que pendant l'érection il décalotte parfaitement,

et que le coit se pratique aussi bien qu'avant l'opération. Tous les accidents causés par la friction des vêtements sont disparus. Il n'est plus porté, depuis un mois aucun pansement, et depuis une semaine après l'opération M. P..... s'est remis à l'ouvrage, qu'il a pu continuer d'une manière ininterrompue.

Lorsqu'il est venu me voir dernièrement, il était si content, si heureux de se voir débarrassé de cette infirmité qui le tracassait depuis si longtemps, que j'ai cru qu'il serait peut-être utile de rapporter cette humble observation d'une opération que je n'ai vue décrite nulle part.

DRS LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.—*Traité Médico-Chirurgical de Gynécologie*, par les Drs LABADIE-LAGRAVE, médecin de la Charité, et Félix LEGUEU, chirurgien des hôpitaux. (1 fort vol. gr. in-8° de 1250 pages, avec 270 gravures dans le texte, cartonné à l'anglaise. \$5.50.—Félix Alcan éditeur, Paris.)—Montréal : Déom Frères, 292, St-Denis.

Le Traité médico-chirurgical de gynécologie de MM. Labadie-Lagrove et Legueu a pour but de caractériser l'union intime de la médecine et de la chirurgie.

La classification adoptée par les auteurs a pour base la pathologie générale. Dans la partie consacrée à la thérapeutique générale sont décrits : *le traitement hydro-minéral, le traitement thérapeutique des affections gynécologiques*, et les médications nouvelles comme *les injections de solutions salines, l'opothérapie*, etc.

Plusieurs affections jusqu'ici laissées au second plan dans les ouvrages classiques ont paru mériter une description spéciale, telles sont : *la leucoplasie vulvo-vaginale, le krauroris vulvæ, les kystes hydatiques pelviens, l'urétrocèle, la destruction de l'urètre, l'insuffisance urétrale*, etc.

Dans le groupe des Infections, les auteurs ont placé à côté de la blennorrhagie, *l'infection puerpérale* qui se retrouve presque toujours à l'origine de l'inflammation de l'utérus et des annexes. Enfin, dans le groupe des Tumeurs, des développements étendus sont donnés *aux tumeurs utéro-placentaires, au môle hydatiforme, à la structure et à la pathogénie des fibromes, aux sarcomes de l'utérus*, etc. Enfin, dans l'étude des opérations, les procédés les plus récents et les plus importants sont seuls exposés, les résultats éloignés sont indiqués, et les indications de ces opérations sont présentées. Les complications communes sont étudiées à part. Enfin un chapitre important est consacré à l'étude des *Relations pathologiques de l'appareil génital et de l'appareil urinaire*.

La plupart des figures ont été dessinées d'après des pièces originales et des préparations histologiques dues à l'obligeance de MM. les Drs Pilliet et Marien (de Montréal).

REVUE DES JOURNAUX.

MÉDECINE.

LA DYSPEPSIE NERVEUSE ET SON RÉGIME ALIMENTAIRE.

Par LANCEREAUX.

Messieurs,

On n'en est plus à faire de la dyspepsie une entité morbide. La dyspepsie est un syndrome, et il n'y a pas de syndrome plus répandu. On le rencontre dans tous les coins de la pathologie. Toutes les maladies aiguës, toutes les maladies chroniques s'accompagnent de troubles digestifs.

Mais il y a dyspepsies et dyspepsies, et il est nécessaire d'en établir une classification.

Si vous ne voyez dans la classification qu'un moyen d'étude, ou moins encore un procédé mémotechnique, vous pouvez prendre n'importe laquelle. Et il ne manque pas de classifications des dyspepsies. Je vous ferai grâce de leur dénombrement.

Mais, si vous croyez que la classification n'est pas un simple classement, qu'elle doit satisfaire à autre chose qu'à un besoin de discipline cérébrale, qu'elle doit correspondre à l'ordination générale qui range tous les phénomènes naturels suivant des lois immuables, vous reconnaîtrez avec moi qu'il ne peut y avoir d'autre classification naturelle que la *classification étiologique*.

Dans le langage du jour, on se sert d'expressions empruntées à la chimie. On parle d'hypochlorhydrie, d'hyperchlorhydrie, d'hypéacidité organique, etc. À des milliers de malades, on a fait prendre des "repas d'essai" et on a recueilli les sécrétions stomacales. Ces études-là étaient excellentes, nécessaires. Elles ont contribué à faire connaître la nature et les fonctions du suc gastrique. Encore faut-il faire une réserve pour leur application courante en clientèle. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de tourmenter les malades qui viennent se soumettre à votre examen, et d'analyser leur suc gastrique. Du moins, cette exploration doit-elle être réservée pour quelques cas, à la vérité, peu nombreux. Le nombre des analyses est aujourd'hui suffisant pour permettre le raisonnement par induction. Nous savons que telle ou telle dyspepsie est hypochlorhydrique ou hyperchlorhydrique, sans qu'il soit besoin de procéder pour la cent millième fois à une analyse. Cherchons-nous encore les fibres élastiques des crachats chez les phthisiques avérés ?

Ce dont il importe de vous pénétrer, c'est que l'analyse chimique ne peut servir de base à une classification des dyspepsies, car elle ne

renseigne que sur un seul caractère de la dyspepsie. Et quelle qu'elle soit l'importance d'un symptôme, il ne peut suffire à établir une division naturelle.

Donc, me basant sur l'étiologie, je divise les dyspepsies en trois catégories :

- 1° *Dyspepsies traumatiques ou ab ingestis.*
- 2° *Dyspepsies de chacune des maladies aiguës.*
- 3° *Dyspepsies de chacune des maladies chroniques.*

Chacune des dyspepsies, dans chacune des trois classes, offre des caractères spéciaux comme la cause elle-même qui lui a donné naissance. Malheureusement, la médecine est encore à l'état naissant. Et l'analyse des symptômes n'a pas été poussée assez loin pour que ces caractères distinctifs soient toujours appréciables. Ils n'en existent pas moins, comme on peut s'en assurer par l'étude d'un certain nombre de types.

J'en choisis un aujourd'hui, que je m'en vais esquisser devant vous. C'est la dyspepsie de la maladie constitutionnelle et héréditaire que j'appelle l'herpétisme, et qui est dénommée par d'autres médecins, le neuro-arthritisme. L'herpétisme étant, à mon sens, une névrose, j'ai l'habitude, dans le langage courant, d'appeler sa dyspepsie *dyspepsie nerveuse*. J'emploierai donc ce terme indifféremment avec celui de *dyspepsie herpétique*.

La dyspepsie nerveuse est fréquente, comme l'herpétisme lui-même. En clientèle, la majeure partie des malades qui viendront vous consulter dans votre cabinet seront des dyspeptiques de cette sorte. Huit fois sur dix ils se plaindront à vous de tout autre chose que de leur estomac.

« Docteur, vous diront-ils, je vous demande d'être franc avec moi ; je sais que j'ai une maladie de cœur... » Souvenez-vous de ceci : Quand un client vient vous parler de ses palpitations et de ses douleurs au cœur, pensez tout de suite à la dyspepsie.

D'autres fois, c'est une maladie du poumon, parce qu'il a de l'oppression, une maladie du cerveau parce qu'il a des vertiges, une maladie de la moëlle épinière parce qu'il se sent avachi et les jambes molles.

C'est la syphilis aussi qui leur donne leurs malaises. Ah ! que de syphilophobes parmi les dyspeptiques !

Le début est tellement insidieux que le malade s'y trompe presque constamment, même s'il est médecin. Quand vous lui parlez estomac, il vous répond foie ou cœur, et vous affirme qu'il digérerait des cailloux. Cependant, vous apprenez qu'il a de la sensibilité, de la gêne, de la pesanteur à l'épigastre, du ballonnement après les repas, des éructations, des bâillements. Mais les malades ont trouvé tout naturel de bâiller, de roter, d'avoir un poids sur l'estomac quand ils ont mangé, et d'être forcés de se déboutonner après le repas. En revanche, le glou-glou, les borborygmes et surtout le pyrosis (le brûlant, le brûle-cou, disent des malades), dirigent assez souvent leurs soupçons vers leur estomac.

Avant de les examiner, interrogez-les encore. Prenez la main de votre client que vous trouverez souvent froide, souvent aussi cyanosée (nouvelle preuve pour le malade que son cœur est atteint, et que la "circulation ne se fait pas.")

Demandez-lui, et il vous dira qu'il a toujours les pieds gelés. Informez-vous s'il dort, et vous saurez qu'il se réveille la nuit.

Je reviendrai tout à l'heure sur cette insomnie si spéciale de la dyspepsie nerveuse. Rappelez-vous dès maintenant ce trio de signes présomptifs; le refroidissement des extrémités, l'insomnie du milieu de la nuit et la fatigue du réveil. Les malades se réveillent fatigués, éreintés avant d'avoir travaillé, "comme s'ils avaient fait la noce la veille." (Cette dernière phrase se retrouve à chaque instant sur les lèvres des malades.

Maintenant, examinez votre malade, faites-le déshabiller et coucher sur un lit ou sur le divan de votre cabinet, les épaules reposant sur le plan du lit, les bras en résolution et allongés le long du corps, les genoux soulevés et écartés.

Avant de palper, regardez. L'épigastre est ballonné, si le malade vient de manger. Sinon, la région sus-ombilicale est plutôt aplatie, tandis qu'au-dessous le ventre s'arrondit en un petit bedon. Les choses sont ainsi du moins quand le trouble nerveux a provoqué l'atonie des muscles viscéraux en même temps que le désordre sécrétoire de l'estomac.

Si vous palpez l'estomac, si avec la main mise à plat vous déprimez la paroi épigastrique, vous éveillez souvent la sensibilité. Souvent votre main est soulevée par des battements aussi forts que ceux d'un anévrisme, et qui sont des pulsations particulièrement fortes de l'aorte abdominale.

En palpant plus longuement, en exerçant avec la main une sorte de massage, vous n'arriverez jamais à provoquer des contractions vermiculaires de l'estomac. Dans la dilatation simple de l'estomac, dans l'atonie névropathique, l'excitation produite par le palper ne fait pas contracter la tunique musculaire. Ce phénomène n'appartient qu'aux cas où il y a rétrécissement fibreux pylorique.

La percussion fait reconnaître si l'estomac est ectasié. Pendant la digestion, la partie déclive est mate, la partie supérieure est remplie de gaz. Après la digestion vous percevez partout du bruit hydroaérique, signe d'un mélange de liquide et de gaz. S'il n'y a pas de diarrhée et que le bruit hydroaérique se rencontre jusqu'au pubis, c'est que l'estomac descend jusqu'au pubis.

Vous avez assez entendu parler du bruit de clapotement pour que je m'abstienne de vous en entretenir ici. Permettez-moi pourtant de vous dire que, malgré les caractères distinctifs qu'on a essayé de donner, il est souvent difficile de distinguer le clapotement colique du clapotement stomacal.

À côté des signes propres à l'estomac, il y a des symptômes réactionnels du côté des autres organes.

Le cœur est l'organe qui réagit le plus expressivement. Le malade a des battements du cœur et des artères. C'est une sensation très pénible. On l'éprouve dans les artères du cou: ce sont des

secousses autant que des battements. Le cœur s'arrête, puis se remet à battre violemment, pour la plus grande angoisse du patient. L'arythmie est constituée par des pauses suivies de palpitations. A 17 ans, j'étais malade; ma mère me mena consulter une célébrité médicale. Le docteur dit que j'avais le cœur gros, il disait vrai, il ajoutait *hypertrophié*, il avait tort. Il était parésié, dilaté comme mon estomac, avec un léger souffle à la base. Le médecin trouvait un fort rétrécissement à l'orifice aortique, un cœur hypertrophié, et enfin de l'emphysème (à cause de la dyspnée que j'éprouvais). Il m'ordonna de la teinture de digitale dont la saveur m'était bien désagréable, et une saignée tous les mois. Le garde champêtre trouva au contraire qu'il valait mieux me donner du sang que de m'en ôter.

Outre les palpitations et l'arythmie, déjà si pénibles, on éprouve des pincements, des déchirements dans la région du cœur, sous le tétou. On a des crises sternalgiques ressemblant à celles de l'angine de poitrine, 4 heures, 5 heures après le repas, et s'accompagnant de fourmillements dans le bras gauche. J'ai vu chez moi un malade à moitié mort de frayeur parce qu'on lui avait dit qu'il avait des crises d'angine de poitrine.

Les malades s'effraient déjà bien assez, sans qu'on aille leur dire de telles paroles. Ils font réveiller le médecin au milieu de la nuit. On les trouve angoissés, assis sur leur lit, et nous disant: "j'ai cru que j'allais mourir." La meilleure façon de les rassurer, c'est peut-être, quand on sait bien que c'est d'un dyspeptique qu'il s'agit, de refuser d'aller les voir. Il faut compatir aux souffrances de ces malades, qui sont très réelles, qui sont affreuses souvent et pires que celles engendrées par des lésions matérielles; il faut les défendre contre les personnes de leur entourage qui les appellent malades imaginaires; mais il faut leur montrer quelquefois qu'on n'a pas peur de leur maladie, et opposer le plus grand sang froid à leurs alarmes.

Comment s'engendre cette douleur? sans doute par un acte réflexe à point de départ gastrique.

Les cardialgies dyspeptiques se reproduisent un nombre incroyable de fois chez ceux d'entre eux qui ne sont pas sages, et qui ne suivent pas un régime convenable. Elles sont sans danger, et à ce point de vue ne méritent aucunement le nom d'angine de poitrine.

Cependant, il faut se souvenir que les dyspeptiques âgés, qui ont de mauvaises artères, font parfois des lipothymies, des syncopes mortelles. J'en ai vu se produire ainsi au moment de la digestion. Ce sont des cas foudroyants. C'est le même mécanisme que celui de la mort subite dans la fièvre typhoïde.

Un groupe de symptômes d'apparence pulmonaire, la dyspnée, l'essoufflement dans la marche, la difficulté à courir ou à monter les escaliers, ajoutent encore à l'illusion d'une maladie cardio-pulmonaire. Mais on voit les mêmes malades qui étouffaient il y a deux heures, monter quatre à quatre les escaliers quand leur estomac est vide.

On peut tenter aussi de donner l'explication de cette dyspnée. L'estomac est descendu par des gaz; il refoule le diaphragme et le cœur. Mais à côté de cette action mécanique, il faut donner une

part plus grande à une influence nerveuse réflexe. N'allez pas croire en tous cas qu'il s'agisse là d'une dyspnée toxique provoquée par les fermentations anormales de ce laboratoire de poisons qui est l'estomac. Le rôle de l'auto-intoxication a été amplifié au détriment de l'influence nerveuse réflexe, pour rendre compte de la pathogénie des accidents dyspeptiques.

Dans le cortège de ces accidents vont souvent au premier plan les phénomènes encéphaliques. Le malade éprouve une céphalée frontale caractérisée par une pesanteur qui n'est pas très douloureuse. Il est moins apte au travail. Les vertiges sont très communs (*vertigo a stomacho laeso*) de TROUSSEAU. Ils se montrent un certain temps après le repas, vers la fin de la digestion. Ils apparaissent ou sont plus pénibles quand le malade lève les yeux pour regarder un objet en haut.

L'aphasie transitoire, l'hémiplégie transitoire, bien qu'incomparablement plus rares, sont des accidents possibles.

Un industriel vient me dire qu'il était paralysé chaque nuit, qu'il voulait abandonner son usine à cause de ces attaques. "Chaque nuit, me dit-il, à deux heures du matin, je m'éveille, je ne peux parler, j'ai tout le côté droit paralysé. Le jour, je ne ressens jamais rien." De ce récit, je conclus à des phénomènes nerveux d'origine gastrique. J'appris qu'il digérait mal. Je le rassure et je lui dis : "La preuve que vous n'en êtes pas au point que vous croyez, c'est que je ne vous ferai aucune médication. Vous suivrez un régime..." Huit jours après, il n'avait plus rien.

Expliquer de tels phénomènes me paraît facile. Vertige et hémiplégie tiennent, je le crois fermement, à un rétrécissement spasmodique des artères encéphaliques. Des actes réflexes partis de l'estomac causent les palpitations, les battements de cœur. Pareils réflexes agissant sur la sylvienne, donnent l'hémiplégie éphémère ; sur le tronc basilaire, les vertiges.

On dort mal quand on digère mal. Le plus souvent le malade tombe de sommeil après le repas du soir. Il s'endort facilement, mais au milieu de la nuit il se réveille, et l'insomnie qui commence n'est pas toujours agréable. Le réveil a lieu à minuit, 1 heure, 2 heures, 3 heures du matin, suivant l'heure du repas du soir, et suivant le degré de la dilatation de l'estomac. Le réveil est précédé d'agitation, de rêves pénibles, non pas terrifiants, mais ennuyeux, obsédants, vexants. Il a lieu sans souffrance, ou bien est provoqué par la brûlure de l'estomac ou par l'oppression. Le malade passe ainsi une, deux ou trois heures, mal à l'aise, bâillant, éructant, se tournant et se retournant dans son lit "comme saint Laurent sur son gril," trouvant parfois des quarts d'heure de demi-sommeil, rêvassant péniblement, ou se levant pour boire de l'eau. Au matin, il finit toujours par se rendormir, se lève tard, et se lève éreinté. La fatigue disparaît pendant le jour.

Voilà les principaux désordres observés. Je vais vous indiquer maintenant quelques signes moins fréquents.

Vous noterez les bruissements de l'oreille, les éblouissements.

Voulez-vous que je vous cite encore les spasmes de l'œsophage de la vessie et du rectum, et cette tétanie, contracture des extrémités attribuée sans preuves à une auto-intoxication ?

La polyurie a été signalée par GENDRIN, chez tous les dyspeptiques. La sécrétion biliaire est influencée en plus ou en moins. Les glandes salivaires donnent un liquide plus abondant (*sialorrhée* des dyspeptiques). Mais c'est surtout la sécrétion intestinale qui est influencée. Des crises de diarrhée se produisent après le repas ou le matin. Mais, plus souvent qu'une hypersécrétion diarrhéique, c'est une diminution de la sécrétion, la sécheresse de l'intestin, la constipation ; ou bien encore des troubles de la sécrétion muqueuse prouvée par la présence de fausses membranes (*entérite membraneuse*).

L'acné, la blépharite, les varices, les hémorroïdes, la calvitie, la rétraction de l'aponévrose palmaire, les ostéophytes, les arthrites sèches sont les principales *affections concomittantes*. Les parents ont été rhumatisants, asthmatiques, artério-scléreux. Ils ont succombé hydropiques et à bout d'haleine, ou paralysés d'une moitié du corps.

Vous avez vu, Messieurs, un de nos malades qui était obèse. Ce jeune homme pesait 208 livres, mais en deux mois, il a maigri de 23 livres. On est surpris au premier abord qu'un homme de si belle mine digère mal ses aliments. Mais l'accumulation de la graisse qui peut venir d'un défaut de combustion, chez les emphysémateux par exemple, résulte souvent d'un trouble de la nutrition générale, et ce dernier désordre relève comme la dyspepsie du système nerveux.

Les dyspepsies des jeunes gens, celles qui éclatent à 16, 18, 20 ans, ont leur point de départ dans les troubles nerveux fonctionnels si fréquents à cet âge. La préparation d'un examen chez le jeune homme, une inclination contrariée, un petit chagrin chez la jeune fille lui suffisent parfois comme une cause provocatrice. Une femme perd son enfant ; un homme a des revers de fortune ; de là des troubles nerveux qui modifient les sécrétions ou la contractilité d'organes déjà malades ou héréditairement prédisposés à le devenir. La puberté se signale par des troubles fonctionnels du système nerveux ; la menstruation de même ; aussi voit-on la dyspepsie éclater à l'établissement, à la suppression des règles ; aussi certaines femmes ne peuvent-elles pas digérer à l'époque menstruelle ; d'autres, au contraire, ne digèrent bien qu'à cette époque.

Des influences morales, des influences pathologiques engendrent la dyspepsie. Elle fait cortège aux manifestations de la névrose herpétique. Elle est donc d'origine nerveuse ; elle résulte d'un trouble fonctionnel du système nerveux.

Dans l'herpétisme, chaque organe peut être affecté suivant le mode aigu ou suivant le mode chronique. Il y a des phlébites aiguës d'origine nerveuse, et il y a des varices. Il y a des polyarthrites herpétiques aiguës (poussées aiguës de rhumatisme chronique), et il y a des arthrites sèches. Rien d'étonnant par conséquent à ce qu'il y ait une *dyspepsie aiguë* et une *dyspepsie chronique*.

La dyspepsie chronique, c'est celle que je vous ai décrite dans ses principaux traits. Mais la dyspepsie aiguë forme un tout d'une physionomie spéciale.

Dans la *dyspepsie herpétique aiguë*, l'inappétence est complète, la viande notamment inspire le dégoût. La langue s'étale, s'épaissit, se couvre de mucus. L'haleine est d'une fétidité particulière (*dyspepsie fétide*).

Les accidents réflexes s'aggravent, les idées deviennent tristes, on songe au suicide. J'ai observé deux frères herpétiques dyspeptiques, peut-être un peu surmenés. Ils sont pris d'un *tedium vitæ*. L'un se jette dans la Seine et se noie. L'autre veut se pendre au bois de Boulogne. Son père le garde à vue, couche à côté de lui; il s'absente un instant, son fils s'était jeté du haut du balcon dans la rue. C'est le seul cas aussi triste que je connaisse.

Il en est de ces dyspeptiques qu'on prend pour des fous, ils ont des idées fixes, des attitudes délirantes. Un confrère voulait faire enfermer sa femme comme folle. Elle se mettait en extase devant un portrait d'enfant (elle n'en avait pas). Je la trouvai avec une langue large et sale, une vive douleur thoracique, une poussée d'eczéma, en proie à l'insomnie. Je lui donnai du chloral, elle dormit, alla mieux, puis guérit totalement par le régime.

Une de mes clientes se croyait atteinte de cancer de la langue. Elle guérit en quelques jours par l'hydrothérapie et le régime. Chez un autre, j'ai observé un syndrome qui rappelait celui de la paralysie générale.

Dans les formes chroniques de la dyspepsie nerveuse, il y a des altérations du caractère, de la tristesse, des impatiences, de l'irritabilité. Mais les troubles mentaux graves appartiennent surtout à la dyspepsie aiguë, à la dyspepsie fétide. Les malades n'ont aucun appétit, et le seul régime qui leur convienne, jusqu'au rétablissement des sécrétions digestives, c'est le régime du lait.

Le *Diagnostic* de la dyspepsie nerveuse n'est pas toujours chose aisée. Rapportez-vous à ce que je vous disais au début de cette leçon. Souvenez-vous que rarement le malade attirera votre attention sur son estomac; que son appétit est le plus souvent conservé, qu'il peut même être exagéré, boulimique, et que le malade qui ne souffre pas de l'estomac reste incrédule quand vous lui affirmez l'origine gastrique de sa "maladie de cœur," ou de sa "maladie nerveuse." Prenez en considération un ensemble de petits symptômes: l'expression inquiète du visage, le refroidissement des extrémités, l'insomnie particulière, la fatigue du matin, les palpitations, la douleur sternale, la douleur intercostale gauche qui est également fréquente. L'examen négatif des autres organes vous fera enquêter plus soigneusement du côté de l'estomac. Les poumons sont sains, le cœur est sain, le foie et la rate sont normaux, les urines sont normales. Apprenez à bien palper l'abdomen, recherchez le bruit du clapotement, la coprostase, le rein flottant, phénomène névropathique si fréquemment associé à la dyspepsie des herpétiques. Percutez soigneusement l'estomac, en cherchant d'abord au niveau des côtes la limite supérieure de son tympanisme, puis en procédant de bas en haut, du pubis vers l'ombilic pour saisir la différence entre la sonorité intestinale et le bruit stomacal. Faites, si vous y tenez, ou faites faire l'analyse chimique du suc gastrique. Mais rappelez-vous

toujours que c'est le système nerveux qui est en cause, et que c'est lui qui vous fournira les meilleures indications thérapeutiques. De système nerveux à estomac, d'estomac à système nerveux, il y a échange de mauvais procédés, cercle vicieux de causes et d'effets. Mais c'est la névropathie qui a commencé; c'est la névropathie héréditaire qui crée la prédisposition morbide; c'est un choc nerveux, une perturbation quelconque du système nerveux qui conditionne l'apparition de la maladie; et celle-ci à son tour devient le point de départ d'accidents nerveux secondaires.

Pour ma part je ne crois ni à l'origine autotoxique des accidents secondaires de la dyspepsie, ni à la dyscrasie causée par une chloro-peptonisation défectueuse; je crois à la seule, à la constante influence du système nerveux, et à la nature réflexe des troubles secondaires.

Le *pronostic* n'est pas grave, du moins en ce qui concerne la conservation de la vie. Les syncopes mortelles sont rares, et elles n'affectent guère que les gens âgés; les suicides sont plus rares encore. La plupart des dyspeptiques vivent vieux. Ils sont forcément sobres, ce qui est une bonne condition d'existence. Tant que dure la dyspepsie, tant que la perturbation nerveuse se dépense en troubles dynamiques ou sécrétoires, les herpétiques n'entrent guère dans la seconde période de leur maladie, dans la période des désordres trophiques. Voués par hérédité à l'artério-sclérose, ils y arrivent d'habitude plus tardivement que les herpétiques qui n'ont pas souffert de l'estomac.

J'aurai l'occasion, Messieurs, de vous parler à diverses reprises du traitement des dyspepsies. Aujourd'hui je veux simplement vous dire de quelle façon vous devez régler leur *régime alimentaire*. Rien n'est plus important que d'apprendre à ces malades à manger et à boire.

Insistez d'abord pour que votre malade fasse trois repas réguliers, et ne prenne rien, absolument rien, ni aliments ni boissons dans l'intervalle de ses repas.

Pour le repas du matin, recommandez le café au lait ou le thé au lait. A la rigueur le malade, s'il se lève tard peut se contenter d'un peu de thé noir léger. S'il se lève tôt, et s'il a faim le matin—souvenez-vous que beaucoup de dyspeptiques ont plus d'appétit à ce premier repas qu'aux autres—il peut prendre une petite croûte de pain, avec du beurre frais, un œuf mollet ou du fromage de Brie. Ne laissez pas manger de viande le matin. A quelques malades qui n'aiment ni les laitages ni les œufs, permettez une assiette de soupe maigre. Défendez à tous le chocolat.

Les deux autres repas se feront à midi et à 7 heures ou 7½ heures. Du moins seront-ils séparés par un intervalle assez long. Recommandez à votre malade qu'il mange lentement, et qu'il divise bien ses aliments. Regardez ses dents, et s'il les a mauvaises, envoyez-le chez son dentiste. Du reste, qu'il mange à sa faim. Recommandez-lui également d'éviter de boire à longs traits. Non pas qu'il doive suivre le régime sec; mais il doit entremêler les bouchées et les gorgées, et ne pas se jeter brusquement un grand verre de liquide dans l'estomac. Une petite précaution, qui a son utilité, est de leur faire mettre devant eux à table un verre à Bordeaux au lieu d'un grand verre.

Pour le choix des aliments, faites-lui deux listes. L'une des aliments recommandés, dont il doit se nourrir *exclusivement*, dans les premiers temps du moins. L'autre des aliments interdits. Quant aux aliments qui ne figurent ni sur une liste ni sur l'autre, votre malade pourra plus tard y picorer, quand il ira bien, sans en faire sa nourriture habituelle.

Vous recommanderez donc les viandes faites, grillées ou rôties, sans sauce, le jambon maigre, la langue fumée, les huitres, les poissons blancs bouillis au sel ou à la sauce blanche, les œufs frais, le beurre très frais, les légumes verts bien cuits, les pommes de terre bouillies, le riz, les fromages de Brie, de Camembert et de Roquefort.

Peu de pain, et rien que de la croûte ou du pain grillé. Remplacez communément le pain par des pommes de terre à l'anglaise.

Comme boisson, donnez de l'eau. Si le malade n'en veut pas, offrez-lui du thé léger, de la bière du Nord, cette petite bière amère et peu alcoolisée qui est vraiment une très bonne boisson. Il peut encore boire, à la rigueur, une bière ordinaire du commerce coupée d'eau de Vals, ou de l'eau additionnée d'une très faible quantité de cognac ou de kirsch.

Défendez absolument le vin. Réservez le lait pour le cas où le malade manquerait totalement d'appétit. Mais s'il a faim, il est inutile de lui empâter la bouche et de lui couper l'appétit avec du lait. Mieux vaut l'eau claire.

Vous défendez donc le vin, comme vous avez défendu le chocolat au premier repas. Vous interdirez en outre la soupe et le bouillon gras, les aliments et les boissons acides, les radis, la salade et les fruits, en un mot les crudités, les viandes jeunes comme le veau et le pigeon, les sardines à l'huile, les poissons gras (hareng, maquereau, anguille, saumon, etc.), les pommes de terre frites, les choux et les choux-fleurs, les sucreries, les biscuits, les oranges, les pruneaux.

Ah! vous aurez bien de la peine, Messieurs, non pas à faire accepter, mais à faire suivre régulièrement le régime convenable, par les femmes surtout. Le juste pèche trois fois par jour, le dyspeptique qui croit suivre son traitement commet à chaque instant des écarts de régime. Chaque fois qu'il se plaint qu'il ne va pas mieux, faites une enquête et vous trouverez que votre malade vous a fait une infidélité. C'est un repas supplémentaire, c'est un verre de bourgogne, c'est de la salade ou du bouillon.

L'alimentation française repose sur ce trépied : le pain, le vin et le pot-au-feu. Vous verrez quelle difficulté on a à empêcher ses malades de se nourrir de la sorte! S'il n'y avait que le malade! Mais il y a les parents, l'entourage et les phrases qu'il entend sont les suivantes : "Jamais ton médecin ne me fera croire qu'un bon bouillon peut faire du mal," ou bien : "Buvez sans crainte, ce vin-là est naturel, il ne peut pas faire de mal." Et puis les dyspeptiques sont pâles, ils sont affaiblis, et chacun sait qu'il n'y a que le bouillon et le vin pour donner des forces.

Je vous ferai encore quelques remarques.

Vous trouverez quelques malades intraitables sur la question du vin. Sachez au moins que le vin de Bourgogne est le pire, et conseillez du Champagne sec coupé d'eau, ou du vin de la Moselle, si votre malade peut s'en procurer, ou du vin du Rhin, ou un vin léger de Graves. Mais le meilleur vin blanc ne réussit guère. Quant au cidre, c'est également pour les dyspeptiques une détestable boisson.

Vous m'avez entendu dire tout à l'heure que je permettais le beurre à mes malades. Oui, bien qu'on dise que les dyspeptiques ne digèrent pas les graisses, je vous affirme qu'ils se trouvent très bien du beurre frais, de bonne qualité. Mais qu'il soit frais, par exemple. C'est une condition essentielle. Chose curieuse, alors qu'ils digèrent admirablement le beurre frais, les dyspeptiques ne digèrent pas les sauces au beurre, et surtout au beurre noir. Vous défendez donc la raie au beurre noir, la cervelle au beurre noir, les œufs au beurre noir. D'une façon générale, vous ne permettez qu'une seule sauce, la sauce blanche.

Vous m'avez vu, de même, prescrire les fromages faits, que la plupart des médecins interdisent, en se fondant sur des considérations théoriques inexactes. Il n'y a pas meilleur aliment, ni mieux supporté par les dyspeptiques. Je vous ai parlé du Brie, du Camembert, du Roquefort qui sont trois excellents fromages. L'Olivet, le Septmoncel sont également parfaits. Les fromages cuits comme le Gruyère et le Port-Salut valent un peu moins. Les fromages blancs, dits petits suisses, ne valent rien du tout. Les fromages étrangers sont bien inférieurs aux nôtres.

Beaucoup de malades sont avides de fruits. Il faut les leur interdire résolument. Plus tard, quand ils iront mieux, vous leur permettrez le raisin de vendange bien mûr, les pêches bien mûres, les figues bien mûres. Ce sont les fruits qu'ils supporteront le mieux. Vous leur défendez la pomme, et surtout la poire, qui, pour ce genre de malades, est le pire des fruits. Un seul quartier de poire suffit pour provoquer des malaises sérieux. Et vous m'avez entendu comparer l'état du dyspeptique qui a mangé de la poire au ballonnement du mouton qui a brouté du trèfle humide.

Retenez bien tous ces petits détails, Messieurs. On a coutume de dire que le médecin doit être un peu cuisinier. Du moins doit-il connaître la valeur et les inconvénients de chaque aliment.

TRAITEMENT DE LA SINUSITE AIGÜE DE LA FACE.

M. le Dr Lermoyez consacre dans la *Presse médicale* (n° 15) un article de pratique à l'étude des sinusites aiguës de la face pour lesquelles il préconise un traitement des plus simples. La sinusite aiguë, qui succède dans la grande majorité des cas à un coryza, se manifeste presque toujours par une suppuration nasale unilatérale et une névralgie faciale dont le siège peut être variable. M. Lermoyez pose en principe que tout individu qui souffre de la tête en même temps que son nez suppure, a une sinusite aiguë, si ces phénomènes ont eu un début simultané et subit. Aussi dans tous ces cas

conseille-t-il d'employer le menthol, qui est vaso-constricteur local, analgésique, et antiseptique, sans être toxique, sous la forme suivante, qui dispense de tout badigeonnage ou de toute instillation.

Dans un bol d'eau très chaude, mais non bouillante, on jette, en l'y mêlant bien, une cuillerée à café de la solution suivante :

Alcool à 90°.....	100 grammes.
Menthol cristallisé.....	4 —

On coiffe le bol d'un inhaleur quelconque, dont le plus commode est le "Bocalrhine de Moura", et on inspire par le nez la vapeur qui s'en échappe. A défaut de cet appareil, on peut se contenter de recouvrir le bol d'un entonnoir renversé, dont on introduit la petite extrémité dans la narine du côté malade.

Comment doit être prescrite cette inhalation ? Théoriquement, il serait nécessaire que cette inhalation fût continue, comme l'est un pansement. En pratique, on recommande au malade de la renouveler toutes les heures, pendant cinq ou dix minutes.

Cette inhalation est bien supportée ; le malade la recherche même, sentant combien vite elle le soulage. Elle provoque un flux nasal abondant, qu'il faut moucher doucement, et en maintenant une seule narine fermée (moucher à la paysanne), pour éviter d'emboliser l'oreille.

En résumé, *inhalations subcontinues de vapeur d'eau mentholée* ; tel est, naïf dans son apparente simplicité, le traitement abortif et curatif le plus puissant des sinusites aiguës.

On appuiera ce traitement en prescrivant l'application permanente de *compresses humides chaudes*, sur le front en cas de sinusite frontale, sur les joues s'il y a sinusite maxillaire. Ces enveloppements, dont on sait l'action résolutive, doivent être continus ; mais, ils pourront être suspendus dès que les douleurs auront cessé.

Sous cette influence, la douleur disparaît progressivement, l'écoulement cesse d'être fétide et diminue peu à peu. Si après avoir soigneusement appliqué ce traitement pendant dix jours au moins, on n'en retire aucun résultat, alors on sera autorisé à intervenir chirurgicalement. Mais on peut dire qu'il réussit à peu près constamment et que si le diagnostic de la sinusite aiguë était fait habituellement, on éviterait presque toujours la production de ces sinusites purulentes chroniques qui nécessitent un traitement chirurgical souvent des plus difficiles.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

LA FIÈVRE DE DIGESTION CHEZ LES ENFANTS.

M. le Dr Comby étudie, dans la *Médecine moderne*, cette modalité clinique de la dyspepsie infantile pour laquelle Charrin a créé la dénomination de fièvre de digestion et que M. le Dr Grasset (de Nogent-sur-Marne) a rattachée au groupe d'affections qu'il a décrites sous le nom de Fièvres gastro-intestinales simples de la seconde enfance. Voici, d'après M. Comby, l'aspect clinique que prend en général cet état morbide.

Un enfant de 3 à 10 ans, qui, sans être atteint d'une maladie bien définie, n'est pourtant pas bien portant, car il est pâle, sans appétit, sans force et sans énergie, présente tous les soirs, quelques heures après le repas, un accès de fièvre généralement modérée. Il vient de se coucher et tarde à s'endormir ; il est agité, ses pommettes rougissent, son corps présente de la moiteur ou des sueurs abondantes, la peau est chaude au contact ; la nuit est mauvaise, le sommeil est interrompu par des cauchemars. Le matin, l'enfant n'a plus de fièvre, mais il reste pâle et languissant comme de coutume.

Les accès peuvent revenir tous les soirs ou seulement de temps à autre, avec des écarts plus ou moins longs, qui varient de quelques jours à une, deux, trois, quatre semaines et davantage.

Le plus souvent la fièvre est modérée ; le thermomètre marque 38° ou 38°5, quelquefois cependant l'accès est très fort (40°, 41°) et prolongé ; au lieu de quelques heures, il dure un, deux, ou trois jours, les grands accès ne se voient que dans les formes à retours éloignés.

Quand on a étudié les enfants qui présentent ces accès fébriles, on voit qu'ils n'ont rien du côté du foie et de la rate, qu'ils ne sont pas sous le coup de l'infection palustre. Mais leurs digestions laissent à désirer ; il y a de la constipation habituelle, de l'anorexie plus souvent que de la boulimie, de la polydipsie presque toujours, quelquefois des selles fétides. La langue est généralement saburrale.

Contre cet état, ce qu'il faut avant tout, c'est instituer un régime régulier, dans lequel les aliments seront choisis avec soin et les boissons peu abondantes. Ces enfants étant toujours constipés, pour compléter l'effet du régime, on donnera, pendant plusieurs jours, une petite dose de magnésie ou de rhubarbe associée à quelques substances antiseptiques et eupeptiques. M. Comby prescrit fréquemment, pendant 8 ou 10 jours consécutifs, des cachets ou des paquets contenant :

Bicarbonate.....	0 gr. 30 centigr. (5 grains)
Magnésie calcinée.....	0 gr. 25 (4 grains)
Benzo-naphtol.....	0 gr. 20 (3 grains)
Pepsine.....	0 gr. 10 (2 grains)
Poudre de noix vomique..	0 gr. 02 à 0,03 centigr. ($\frac{1}{3}$ à $\frac{1}{2}$ grain)

Pour un paquet ; en prendre deux par jour, avant le repas, dans une cuillerée à café de lait ou d'eau sucrée.

Autre formule :

Bicarbonate de soude..	0 gr. 20 centigr. (3 grains)
Magnésie calcinée.....	} à à 0 gr. 15 (2½ grains)
Rhubarbe	
Pancréatine.....	0 gr. 05 (½ grain)
Poudre de noix vomique.....	0 02 centigr. ($\frac{1}{3}$ grain)

Même mode d'administration.

S'il y a de la diarrhée, on remplace, dans ces formules, la magnésie et la rhubarbe par le *salicylate de bismuth*.

Quand l'enfant a la langue saburrale, on lui donne le calomel à doses fractionnées :

Calomel à la vapeur.....	0,01 à 0,02 centigr.	($\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ grain)
Sucre de lait.....	0,50 centigr.	(8 grains)

pour un paquet, en prendre 4 ou 5 dans la journée (un toutes les deux heures), pendant 3 ou 4 jours.

Quand la constipation persiste, on donne des suppositoires creux au beurre de cacao, contenant 1 gramme de glycérine, ou des suppositoires en glycérine solidifiée.

Comme moyen plus sûr, on peut recommander l'usage des petits lavements de *glycérine pure*, une cuillerée à café dans une seringue urétrale à monture en caoutchouc durci.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

L'ANTIPYRINE ET LA QUININE DANS LA GRIPPE.

M. le Professeur Landouzy publie, dans la *Presse médicale*, un article dans lequel il proteste contre l'abus qu'on fait de l'antipyrine dans le traitement de la grippe. Voici comment l'éminent professeur de thérapeutique résume les indications dans l'influenza :

La véritable, la pressante indication à saisir, chez les malades athéniques, est dans l'état de leurs forces qui demandent à être relevés. Le péril, c'est l'asthénie ; l'écueil, c'est le peu de réaction et le peu de défense du grippé. Aussi, la médication stimulante, la médication réconfortante doivent-elles prendre le pas sur toutes les autres ; aussi les stimulants, les excitants diffusibles, les toniques (potion de Todd, café, quinine, sérothérapie artificielle, etc.) feront-ils la base des entreprises thérapeutiques. C'est pourquoi, s'il fallait—ce contre quoi on ne saurait jamais trop réagir—laisser aux praticiens une arme bien en main, qui contre la grippe fût la mieux défensive et la moins offensive, je pencherais pour que cette arme soit la quinine plutôt que l'antipyrine. J'estime, pour une infinité de raisons suffisamment exposées, que l'antipyrine ne doit pas, dans le traitement des grippés, détronner les sels de quinine, mais savoir marcher derrière et à côté d'eux, pour les aider au besoin. Les sels de quinine, bien choisis et bien ordonnancés, non seulement soulagent nombre de grippés douloureux, mais encore réconfortent, relèvent et stimulent au mieux les grippés athéniques. Sans rien exagérer, j'irai jusqu'à prétendre que, chez les grippés, il n'est guère d'indications thérapeutiques que l'on ne puisse remplir avec la quinine, dont les avantages ne semblent jamais atténués par de sérieux inconvénients, la médication quinine étant à la fois stimulante, tonique et anti-infectieuse ?

Pour conclure, s'il fallait, à propos des grippés, établir le bilan de la quinine et celui de l'antipyrine, je résumerais ma pratique en conseillant de faire de la quinine une médication de choix, de l'antipyrine une médication de nécessité.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

TRAITEMENT DE LA DOULEUR DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE.

M. le Dr G. Lemoine indique, dans le *Nord médical*, un certain nombre de préparations pouvant donner de bons résultats en applications locales dans le rhumatisme. En voici quelques-unes.

Vaseline liquide.....	20 grammes. (6 drachmes)
Salicylate de méthyle.....	12 grammes. (3 drachmes)

Pour une pommade.

Cette quantité suffit pour trois applications, et grâce à la présence de la vaseline et à l'évaporation moins rapide, l'effet de la médication se conserve pendant aussi longtemps que sous forme de badigeonnages.

On peut employer encore :

Vaseline.....	25 grammes. (7 drachmes)
Acide salicylique.....	4 grammes. (1 drachme)
Salicylate de soude.....	3 grammes. (80 grains)
Extrait de belladone.....	1 gramme. (15 grains)

Comme pour le salicylate de méthyle, on recouvre la surface badigeonnée avec ces pommades de taffetas gommé, puis de ouate.

Le salol trouve aussi ses applications, en particulier dans le rhumatisme blennorragique. Malheureusement, il est peu soluble, sauf dans l'éther.

Salol	4 grammes. (1 drachme)
Menthol	2 gr. 50. (40 grains)
Ether.....	4 grammes. (1 drachme)
Lanoline.....	30 grammes. (1 once)

Le gaiacol peut rendre aussi de grands services comme analgésiant. M. Lemoine emploie souvent le mélange suivant :

Vaseline.....	30 grammes. (1 once)
Salicylate de méthyle.....	5 grammes. (80 grains)
Acide salicylique.....	2 grammes. ($\frac{1}{2}$ drachme)
Gaiacol.....	4 grammes. (1 drachme)

qui est très actif, mais qui a l'inconvénient d'avoir une odeur pénétrante. Bien souvent, il soigne des poussées rhumatismales produisant de fortes douleurs, mais une fièvre modérée, par des applications faites avec des pommades de ce genre, et leurs effets sont réellement très sûrs et rapides.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*)

CHIRURGIE

DE LA HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE.

Par M. L. BÉRARD, Chef de clinique chirurgicale.

Les hasards de la clinique nous ont donné l'occasion d'observer récemment, à huit jours d'intervalle, deux faits de hernie obturatrice étranglée intéressants, non pas seulement par cette coïncidence bizarre, à distance si rapprochée, de deux cas, en somme rares, mais surtout parce qu'ils correspondaient nettement à deux types fort distincts de cette affection.

En effet, depuis les récents et importants travaux d'Auerbach, Picqué et Poirier, Englisch, qui ont fait connaître plus de 130 observations de hernies obturatrices, plusieurs formes cliniques de l'affection ont pu être établies, suivant que la hernie sortait par l'orifice externe du canal sous-pubien (première forme), ou par des interstices du feuillet externe de la membrane obturatrice (deuxième forme), ou suivant qu'elle restait incluse entre les deux feuillets de cette membrane (troisième forme ou forme interstitielle). C'est à la première et à la troisième formes que se rattachaient nos deux cas, opérés l'un par M. Albertin, l'autre par M. Jaboulay.

PREMIÈRE OBSERVATION

Hernie obturatrice gauche étranglée formant tumeur dans la région de l'aîne.

Nous serons bref sur la première observation qui a été publiée *in extenso* par M. Albertin. Dans ce cas, il s'agissait d'une femme d'une cinquantaine d'années, sans antécédents pathologiques nets, entrée à la salle Gensoul au commencement de février 1898 et auprès de laquelle nous fûmes appelé par l'interne de garde. Chez cette malade, admise avec le diagnostic de hernie crurale étranglée gauche, les antécédents n'offraient rien de caractéristique. Les accidents d'étranglement, qui remontaient à trois jours, avaient évolué avec une acuité toute spéciale : vomissements incoercibles déjà fécaloïdes, ballonnement douloureux de l'abdomen, facies grippé, pouls rapide et peu tendu. L'examen local de la région crurale gauche révélait la présence d'une hernie marquée occupant un siège un peu plus profond et interne que les hernies crurales habituelles, et à contours mal définis. Au cours de notre examen, la pression sur cette hernie ayant fait naître des douleurs irradiées dans la région antéro-interne de la cuisse jusqu'au genou, nous demandâmes à la malade si, antérieurement, elle avait ressenti de semblables douleurs. et nous apprîmes qu'en effet, depuis l'étranglement de sa hernie, des élancements étaient apparus dans le territoire du nerf obturateur gauche. Le toucher vaginal nous ayant révélé la présence d'une masse empâtée

et douloureuse en arrière du trou ovalaire gauche. nous conclûmes à une hernie obturatrice étranglée. Sur ces entrefaites, M. Albertin, alors chargé du service de la salle Gensoul et qui avait été appelé en même temps que nous, vit à son tour la malade et décida une intervention immédiate.

Après anesthésie à l'éther, il pratiqua une incision sur la hernie qui se trouvait très profondément en arrière et au-dessous des vaisseaux fémoraux et des adducteurs; l'anneau était bien constitué par l'orifice externe du canal sous-pubien. Malgré une tentative d'élargissement de cet orifice, il fut impossible de réduire la hernie. L'incision cutanée fut alors prolongée par-dessus l'arcade crurale de façon à permettre une laparotomie iliaque gauche: l'abdomen ainsi ouvert, on sentit une anse grêle qui s'engageait dans le trou obturateur gauche où elle était pincée latéralement: on la dégagea facilement. La paroi intestinale au niveau des sillons de constriction étant peu altérée, l'abdomen fut rapidement refermé. Cette malade a guéri.

En résumé, chez cette malade, l'affection simulait une hernie crurale profonde étranglée, assez facilement perceptible à l'extérieur; mais la présence de douleurs irradiées dans le territoire du nerf obturateur, et la constatation d'une masse douloureuse au toucher vaginal en regard du trou ovalaire, permettaient d'affirmer, à peu près à coup sûr, la présence de la hernie dans le canal sous-pubien avec issue de l'intestin à travers la membrane externe. Dans le deuxième cas tout se réduisait au premier abord à une obstruction intestinale sans cause apparente; et il fallut toute la sagacité du clinicien pour diriger, par un interrogatoire judicieux, l'attention de la malade vers les signes fonctionnels qui pouvaient mettre sur la voie du diagnostic.

DEUXIÈME OBSERVATION

Hernie obturatrice interstitielle étranglée sans tuméfaction appréciable à l'extérieur.

Félicité P..., ménagère, âgée de soixante-cinq ans, entre dans la salle Sainte-Anne le 12 février 1898, pour des accidents d'obstruction intestinale.

D'une bonne santé habituelle, elle a été mariée à vingt-trois ans. a eu neuf enfants, dont cinq actuellement vivants: trois des accouchements ont dû être pratiqués au forceps. Aussitôt après l'un d'eux, la malade a eu la fièvre typhoïde, vers l'âge de trente ans; et, pendant la convalescence de cette maladie, se déclara une arthrite coxo-fémorale droite qui, depuis, a laissé le membre ankylosé en abduction et flexion. L'ankylose était assez solide pour permettre la marche sans appui artificiel, mais tout le poids du corps portait sur le membre inférieur gauche.

L'affection actuelle remonte à quatre jours; mais, depuis trois mois déjà, une constipation assez tenace s'était établie, avec selles espacées de trois à quatre jours. Après un repas copieux et composé d'aliments indigestes (choucroute), la malade fut prise brusquement de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, qui

se répétèrent durant toute la journée et qui se continuèrent les jours suivants malgré une diète presque absolue. En même temps, toute évacuation de matières et de gaz était supprimée, malgré plusieurs lavements et malgré une purgation à l'huile de ricin administrés dès le lendemain du début des accidents. Le quatrième jour, après une nuit assez calme et malgré une nouvelle dose plus forte d'huile de ricin, les vomissements devinrent incoercibles, le ventre se météorisa et devint très douloureux, spontanément, mais surtout à la pression. Le soir même, sur le conseil de son médecin, la malade entra à l'hôpital.

M. Jaboulay, appelé comme chirurgien de garde, constate, à l'examen, un ballonnement en masse de l'abdomen avec une distension généralisée des anses intestinales et un météorisme total, sans que la palpation ou la percussion révèle une anse particulièrement distendue ou un point de l'abdomen plus spécialement douloureux. L'état général est assez mauvais, le faciès grippé; le pouls dépressible est accéléré. A cause des résultats négatifs de l'exploration externe et à cause de l'absence, dans les antécédents de la malade, d'indications relatives à la nature de l'obstacle, M. Jaboulay songe à la possibilité d'une hernie obturatrice étranglée et dirige son interrogatoire dans ce sens. La malade lui apprend alors que, depuis le début des derniers accidents, elle a souffert beaucoup dans la région antéro-interne de la cuisse gauche. On lui a même fait des frictions répétées pour calmer ces douleurs qui s'irradiaient jusqu'au genou. L'examen local confirme, en effet, ces renseignements et la pression profonde en dedans des vaisseaux, à gauche, détermine de vives réactions de défense. Bien que le toucher vaginal ne fournisse pas d'indication précise et bien que la palpation profonde dans la région obturatrice ne révèle pas la présence d'une masse herniée, M. Jaboulay, qui attache une importance extrême au signe de Romberg (douleurs dans le territoire du nerf obturateur), conclut à une hernie obturatrice étranglée.

En conséquence, la malade, désinfectée et anesthésiée à l'éther, il pratique une incision en dedans des vaisseaux fémoraux, et passant en arrière d'eux, il va explorer du doigt la région obturatrice, mais il n'y découvre rien. Néanmoins, fort de son diagnostic et d'opérations antérieures où il avait dû aborder de semblables hernies par la grande cavité péritonéale, il fait de suite une laparotomie médiane et trouve, en effet, une anse grêle pincée latéralement dans le canal sous-pubien, à gauche. Il la réduit facilement dans l'abdomen par des tractions modérées; comme elle lui semble peu altérée, et que, d'autre part, l'état général de la malade est à ménager, il termine rapidement l'intervention par une suture métallique comprenant toute la paroi.

Le lendemain matin, nous trouvons la malade encore très faible, mais les vomissements ont cessé, il y a eu quelques gaz dans la nuit et on ne note aucune réaction péritonéale. Toutefois la respiration est courte et haletante, il y a encore des douleurs abdominales diffuses; le pouls est à 156 et la température s'est élevée à 39°9. Cet état se maintient stationnaire durant toute la journée; aussi, le len-

demain matin, redoutant quelque complication du côté de la plaie, nous défaisons rapidement le pansement : nous ne constatons rien d'anormal.

Pendant deux jours encore, la dyspnée augmente et le météorisme s'accroît, avec une température oscillant de 39° à 39°5, bien qu'il y ait eu spontanément une selle diarrhéique. L'auscultation, assez délicate, à cause de la faiblesse de la malade, laisse percevoir en arrière des deux côtés, mais surtout à gauche, des râles crépitants fins sans souffle. La mort survient le lendemain matin, 17 février, à huit heures.

L'autopsie, pratiquée au bout de vingt-quatre heures, montre les plaies abdominale et crurale en voie de réunion par première intention. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les anses intestinales légèrement congestionnées. En arrière de l'ombilic, un amas d'anses grêles plus distendues englobe la portion d'intestin qui était herniée, et sur laquelle on voit deux perforations allongées, parallèles, situées sur le bord libre. Grâce à des adhérences avec les anses voisines, les matières n'ont pas diffusé dans le péritoine ; mais des exsudats fibrino-purulents circonscrivent de petits abcès au voisinage des perforations. Le reste de la grande séreuse n'a pas réagi ; pas d'ascite, pas de fausses membranes plus loin.

La dissection de la région obturatrice gauche donne les résultats suivants : le péritoine pariétal du petit bassin se trouve attiré dans le canal sous-pubien, suivant une dépression en cupule qui admet le petit doigt. Cette dépression est déterminée et maintenue fixe par un petit lobule graisseux, du volume d'une amande, qui s'est insinué entre les deux feuilletts de la membrane obturatrice, mais qui n'a pas fait issue hors de la membrane externe, ce qui explique qu'au moment de l'opération on n'ait rien constaté du côté des plans profonds de la cuisse. Bien que la membrane obturatrice externe soit très relâchée et aussi flasque que la membrane interne, on ne perçoit pas d'orifice net externe du canal sous-pubien ; l'orifice interne a environ un centimètre de diamètre. Les vaisseaux et le nerf obturateur non dissociés sont appliqués par le sac de la hernie sur le bord supéro-externe de l'orifice interne.

Rien d'anormal dans la région obturatrice droite : ni fossette péritonéale, ni lobule graisseux.

Congestion des deux bases des poumons, insuffisante pour expliquer la mort qui a été due à la péritonite torpide par perforation de l'anse sphacelée.

De ces deux observations nous retiendrons les points suivants :
A propos de l'étiologie et de la pathogénie, nous retrouvons bien ici les conditions déjà signalées par Auerbach, Picqué et Poirier, savoir : hernies de faiblesse apparaissant chez la femme dont le bassin, plus large, plus incliné, est orienté de façon que la pression des viscères intra-abdominaux s'exerce presque normalement à la membrane obturatrice. Cette disposition statique du bassin était pourtant atteinte chez notre seconde malade par l'inclinaison à droite du pelvis, destinée à corriger l'ankylose en flexion et abduction de la cuisse droite.

Chez cette même malade on ne constatait pas, du côté du trou ovarien droit (d'ailleurs normal) un infundibulum péritonéal préformé ;

mais chez elle, comme chez la première, on voyait nettement, à gauche, à la face externe du sac, un lipome du volume d'une amande, qui, très probablement, avait dû amorcer progressivement la hernie, en attirant peu à peu le péritoine dans le canal sous-pubien. Le rôle de ces lipomes pré-herniaires, indéniable dans les autres régions, avait d'ailleurs été déjà signalé pour la hernie obturatrice par Clocquet, Auerbach, Grünfeld, Picqué, Berger.

Il est pourtant impossible d'affirmer la préexistence de la hernie à l'étranglement pour l'un et l'autre cas; les malades, en effet, ne se souvenaient pas avoir constaté auparavant quelque grosseur à la base de la cuisse, ni ressenti ces élancements douloureux dans le domaine du nerf obturateur externe, sur lesquels on ne saurait trop attirer l'attention.

Ces élancements, du type névralgique, qui constituent le *signe de Romberg*, s'observent à peu près constamment, au moins quand la hernie est étranglée, quelle que soit la position du nerf par rapport au collet du sac: que le nerf soit en haut et en dehors, ainsi que dans notre second cas, position la plus fréquente, ou qu'il soit directement en dehors, en bas, en dedans. Si, dans quelques cas de hernie ovalaire *étranglée*, l'absence du signe de Romberg a été signalée, c'est probablement qu'on ne l'avait pas cherché avec assez d'attention. Dans toutes les observations suffisamment détaillées que nous avons consultées à ce sujet, la douleur sous-pubienne, avec irradiation dans la région antéro-interne de la cuisse, dans le genou et parfois dans la jambe jusqu'aux pieds, était un des symptômes cardinaux; et on se l'explique quand, à l'autopsie, on cherche à introduire l'extrémité du doigt entre le feuillet interne, peu ou pas élastique, de la membrane obturatrice et le rebord osseux de la branche horizontale du pubis: il devient bien évident alors que tout corps étranger, assez volumineux pour oblitérer cet orifice, doit immédiatement exercer une compression très vive sur le tronc nerveux. Tout au plus cette compression pourrait-elle être atténuée quand l'étranglement est dû à des adhérences de péritonite herniaire, ou quand il s'agit d'une hernie volumineuse avec effronnement de la membrane obturatrice et issue à travers elle de plusieurs organes susceptibles de se tasser; tel le cas de Picqué où le contenu du sac était constitué par une anse intestinale, par la trompe correspondante et par des franges d'épiploon. Mais de si grosses hernies sont l'exception: *d'ordinaire la tumeur reste marronnée*, et l'étranglement reconnaît comme cause le pincement latéral d'une anse grêle, alors le signe de Romberg est constant. Et s'il s'agit de la forme interstitielle sans tuméfaction appréciable à l'extérieur (3e type), sa constatation suffit pour permettre d'affirmer le diagnostic de hernie obturatrice étranglée, quand il concorde avec le tableau clinique de l'obstruction intestinale.

M. Jaboulay, qui a pu, à trois reprises différentes, reconnaître ainsi des étranglements de hernie ovalaire dont rien autre à l'extérieur ne traduisait l'origine, estime que "dans ces circonstances la névralgie du nerf obturateur est pathognomonique, car les cas où elle se produit en dehors de la hernie sont exceptionnels."

Nous irons même plus loin ; et nous ajouterons qu'un examen soigneux, par le palper et le toucher vaginal, des femmes accusant des douleurs névralgiques dans le territoire de l'obturateur en dehors de tout autre accident, ferait probablement souvent rapporter à une hernie latente, sortant et rentrant suivant les périodes de fatigue et de repos, ces crises douloureuses que l'on met sur le compte d'un vague rhumatisme. Sans doute Olshausen a signalé, dans la paramétrite, des névralgies du fémoro-cutané et du crural, et Krönlein attribua faussement à une hernie la névralgie obturatrice qui dépendait en réalité d'une suppuration pelvienne. Mais à côté de ces erreurs exceptionnelles, beaucoup plus nombreux sont les cas où la hernie fut méconnue alors qu'elle existait, et où la douleur fut rapportée à une néphrite (Marchal), à une névralgie simple (Romberg), à un abcès (Marie), à une inversion utérine (Olivarès), à un ganglion ou à une varice enflammée (Rotteck), même à un anévrysme (Bégin et Sanson).

Reste la question du traitement ; du taxis nous ne dirons rien, car les règles de prudence qui doivent le guider toujours, et ses indications très exceptionnelles sont les mêmes ici que pour toute hernie. Il n'en est pas de même d'une manœuvre qui aurait réussi à Auerbach, English et Roux (Lausanne), qui a été préconisée par Trélat lui-même lorsque le chirurgien est appelé dès le début des accidents d'étranglement : c'est la *traction par le vagin* d'avant en arrière, au moyen du doigt recourbé en crochet, des anses engagées dans le trou ovalaire, quand on les délimite nettement par ce mode d'exploration, ce qui arrive souvent. Cette méthode a pour elle la simplicité, mais non toujours l'innocuité ; car on doit se souvenir que le pincement latéral, si fréquent ici, est redoutable par la précocité du sphacèle de l'anse serrée ; Gosselin avait signalé, au bout de vingt-quatre heures déjà, la gangrène des hernies crurales par pincement : mieux vaut donc aller se rendre compte de l'état de l'intestin avant de le réintégrer dans le grand péritoine. Il faut la *kélotomie*.

Les règles de cette opération par la voie crurale ont été nettement posées par Cruveilhier, Schmitt, Trélat, Picqué et Poirier, Berger, avec les modifications à y apporter suivant que le sujet est gras ou maigre, suivant la position des vaisseaux par rapport au collet. Pourtant cette intervention est toujours délicate ; on opère profondément, car on ne pourra pas toujours se rendre compte, avant l'incision de l'anneau, de la situation des éléments vasculo-nerveux. En outre, dans certains cas de petite hernie obturatrice étranglée très serrée, l'opération par la voie crurale est absolument contre-indiquée parce qu'il est très difficile, ou impossible, de la faire complète ; et l'on devra recourir alors à la laparotomie, trop exclusivement condamnée par les chirurgiens précédents. Cette proscription date des statistiques d'Auerbach et English qui opposèrent, aux 11 guérisons sur 25 cas traités par l'incision fémorale, 3 morts sur 3 laparotomies.

Mais il s'agit, là encore, d'une fausse interprétation de statistiques panachées ; la preuve en est que, dans les deux cas qui nous occupent, l'opération commencée par la voie crurale dut être ter-

minée par l'abdomen, et que, si l'une des deux malades mourut, ce fut seulement au bout de quatre jours, par une perforation de l'intestin sphacélé, dont l'intervention, quelle qu'elle fût, ne saurait être rendue responsable.

Dans le premier cas on dut continuer l'opération par l'intérieur de l'abdomen, parce qu'après découverte du sac il était impossible de se rendre compte de la situation des vaisseaux et de distendre assez l'anneau pour mobiliser le sac adhérent à son pourtour. Dans ces conditions devait-on persévérer dans la même voie et ouvrir quand même le sac? Mais alors comment se rendre compte, par cet étroit orifice, de l'état de l'intestin, et comment surtout placer un bouton ou une suture sur ses parois si on les avait trouvées sphacelées?

Dans le second fait, la voie abdominale s'imposait encore plus nettement, puisque après découverte de la membrane obturatrice externe il était impossible de rien distinguer qui trahît la hernie, et que l'orifice externe du canal sous-pubien n'était même pas apparent, les vaisseaux et les nerfs semblant sortir par de simples interstices de la membrane.

Sans doute, on objectera à la laparotomie le plus grand danger d'infection de la grande séreuse par le contenu du sac, ou de l'anse, quand cette dernière est perforée au moment de l'intervention. Mais aucun fait ne le prouve; et ces risques, s'ils existent, sont largement compensés par la possibilité où l'on se trouve, grâce à l'incision abdominale, d'agir au grand jour sur l'anse malade et de n'avoir aucune difficulté pour la réintégrer après suture. Enfin, la laparotomie permet aussi de s'assurer, même quand il n'y a pas de tumeur herniaire perceptible à l'extérieur, que telle est bien la cause de l'obstruction et qu'il ne s'agit pas de la co-existence, plusieurs fois signalée, d'un obstacle intra-abdominal avec une simple pointe herniaire irréductible, mais non étranglée.

Faudra-t-il préférer l'incision abdominale médiane que préconise Lawson Tait et qu'a pratiquée M. Jaboulay dans deux cas, ou bien le simple prolongement en haut de l'incision crurale, comme dans notre première observation? Si, évidemment, il s'agit d'une intervention commencée par la voie crurale, avec certitude absolue du diagnostic de hernie obturatrice, cette dernière conduite est la meilleure; si, au contraire, il s'agit d'une forme interstitielle à type d'occlusion intestinale sans obstacle apparent à l'extérieur et dont l'origine est soupçonnée par le seul signe de Romberg, l'incision abdominale médiane d'emblée donnera à la fois plus de jour et plus de commodités d'examen de la cavité abdominale.

Dans l'un et l'autre cas, la main introduite le long du détroit supérieur dans la direction du trou ovalaire ira chercher l'anse engagée et, par des tractions modérées cherchera à l'amener en haut et en arrière. D'ordinaire, dans les pincements latéraux, la réintégration dans l'abdomen s'obtiendra ainsi. Si l'on ne pouvait y réussir, l'incision crurale primitive ou secondaire pourrait fournir le moyen de débrider l'anneau, la position des vaisseaux étant à ce moment reconnue.

Cette incision servirait aussi à terminer la dissection et la ligature du sac quand il est assez volumineux pour qu'il soit nécessaire

de le supprimer, ou quand l'état général de l'opéré est encore assez bon pour permettre de prolonger l'intervention, et de la compléter par la cure radicale. Mais il ne faut pas oublier que, dans la majorité des cas, il s'agit de pincements latéraux à allure clinique d'obstruction aiguë, et que le chirurgien doit être aussi sobre que possible de manœuvres prolongées et susceptibles d'accentuer le shock.

Le traitement de l'anse étranglée est le même ici que pour toute hernie.

LE PROFESSEUR CH. RICHEL.—Au siège devenu vacant dans la section d'anatomie, par la mort du Dr Luys, l'Académie de médecine vient d'élire le docteur Charles Richet, professeur de physiologie à la Faculté.

Fils du professeur Didier-Dominique-Alfred Richet, membre de l'Institut, beau-frère de M. Buloz, le nouvel académicien est presque un jeune encore.

Grand, avec une forte tête osseuse au vaste front, la figure barquée d'une longue et rude moustache, avec des yeux de rêveur, de philosophe un peu distrait, on le trouve ordinairement en train de fumer familièrement sa pipe en divisant avec le docteur Héricourt, son excellent chef de laboratoire, son collaborateur constant.

Son œuvre, déjà considérable, sort tout à fait de la banalité. Elle est médicale, physiologique et littéraire.

Nous possédons de lui un beau volume de *Leçons sur la physiologie des muscles et des nerfs*, un *Essai de physiologie générale*, un bel ouvrage sur *l'Homme et l'Intelligence*. Non content d'avoir fondé et de diriger la *Revue Rose*, M. Charles Richet a pris la rédaction en chef d'un *Dictionnaire de physiologie* qui sera un monument. Dès 1888, en collaboration avec M. Héricourt, c'est lui qui a imaginé la méthode de vaccination par le sérum d'un animal immunisé, méthode féconde d'où devait découler, plus ou moins directement, la découverte du vaccin du croup. Nous lui devons enfin un volume de jolies fables enfantines, un curieux essai sur la société future en l'an 2000, et un roman, *La Douleur des Autres*, fort dramatique et tout fourmillant de nobles idées sociologiques.

M. Charles Richet a l'esprit généreux, l'imagination ardente et le cœur excellent.

D'aucuns lui reprochent de s'être un peu témérairement aventuré sur le périlleux terrain de la *télépathie*, de la transmission à distance de la pensée.

Peut-être, en effet, lui est-il arrivé de trop joindre le rêve à la science, l'imagination à l'observation pure. Pourtant, qui sait, si, quelque jour, ce n'est pas lui qui aura raison des sages et des prudents qui ont critiqué son audace ?

Moi je ne puis me défendre vis-à-vis de lui d'une sympathie particulière, premièrement parce qu'il a su s'affranchir des bornes coutumières, parce qu'il a médité sur ce qu'il voyait, parce qu'il a eu des idées générales, et parce qu'il s'est autorisé à devenir un romancier, un fabuliste, un philosophe et un poète, sans cesser d'être un de nos plus distingués savants.—(*Le Figaro*.)

DR MAURICE DE FLEURY.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DES AVORTEMENTS EN GÉNÉRAL ET DE LEUR THÉRAPEUTIQUE EN PARTICULIER.

Par le Dr BOISSARD, Accoucheur des hôpitaux, Professeur adjoint à la Maternité.

(Suite.)

A. *Traitement préventif et prophylactique des avortements.*

C'est en général par la connaissance des causes capables de provoquer l'avortement qu'on pourra espérer en prévenir la production ou le retour.

Certaines femmes avortent avec une facilité aussi surprenante que désespérante, ce qui a fait dire qu'un premier avortement, sans cause bien nette, prédispose et expose à un second. Ces femmes, souvent lymphatiques et molles au teint décoloré, aux traits bouffis, peuvent par contre présenter tous les attributs du tempérament sanguin; elles sont alors plus ou moins pléthoriques, présentant des poussées congestives du côté de la face, qui s'empourpre subitement. Aux premières, on ordonnera un régime reconstituant et fortifiant dont le fer, le quinquina, le coca, les glycéro-phosphates feront la base, de concert avec une hygiène bien comprise, c'est-à-dire une aération aussi complète et aussi pure que possible. La femme enceinte en effet a besoin de beaucoup d'oxygène, puisqu'elle doit pourvoir, par l'intermédiaire de la circulation inter-utéro-placentaire, à l'hématose du nouvel être. Aux secondes, on prescrira un exercice modéré, parfois le repos au lit, surtout aux époques correspondantes des dernières règles, qui constituent un moment des plus propices pour toute une cause d'avortements; on s'opposera enfin aux voyages et l'on recommandera l'abstention des rapprochements sexuels.

On agira de la même façon dans les avortements qui se répètent sans qu'on puisse en assigner la cause bien positive, qu'on rapporte le plus souvent, et à juste raison, à une *irritabilité spéciale* de l'utérus qui entre facilement en contractions et ne tolère pas la distension dont il est le siège; enfin l'on n'oubliera pas, comme nous l'avons déjà dit, qu'un premier avortement a pu être le point de départ d'une légère *endométrite infectieuse* capable de s'opposer à l'évolution normale de la grossesse et à la nutrition intégrale de l'œuf; ces cas seront justiciables de curettage.

Souvent on sera mieux armé en ce sens que la cause de l'avortement est mieux soupçonnée ou parfaitement connue; un certain nombre de ces causes sont aujourd'hui parfaitement déterminées;

elles peuvent être divisées en trois classes provenant du père, de la mère ou de l'œuf lui-même, et agissent soit en tuant directement le produit de conception (syphilis, etc.), soit en provoquant des contractions utérines exagérées, (oxyde de carbone), soit en altérant ou détruisant la circulation inter-utéro-placentaire (traumatismes, insertion vicieuse, albuminurie).

Il nous faut aussi signaler l'action de toutes les pyrexies (fièvres éruptives, pneumonie, choléra) qui agissent soit par l'hyperthermie (Max Runge), soit par l'action directe des germes pathogènes ou toxiques qui peuvent passer de la mère au fœtus en filtrant à travers le placenta (variole, bactéries, pneumocoques).

Ce n'est pas le lieu ici de nous étendre longuement sur toutes les causes capables de provoquer l'avortement, mais nous désirons en signaler particulièrement deux des plus fréquentes, à savoir la *syphilis* et l'*insertion vicieuse* du placenta : ces deux causes sont d'autant plus intéressantes à spécifier que l'accoucheur, très puissant dans le cas de syphilis, est complètement désarmé dans le cas d'insertion vicieuse.

L'action funeste de la syphilis est connue depuis longtemps, puisque Mauriceau savait que les femmes atteintes de vérole accouchent souvent prématurément de fruits corrompus ; l'illustre accoucheur du XVII^e siècle n'avait pas reconnu l'action de la syphilis paternelle ancienne, et il était réservé à Parrot et au Dr Fournier de décrire magistralement toutes les tares de l'hérédo-syphilis.

Il faudra donc, en face d'avortement à répétitions que rien n'explique tout d'abord, chercher, démasquer, dépister l'existence de la syphilis, surtout lorsque le produit de conception est expulsé mort et macéré ; il faut savoir que si la syphilis maternelle a une influence incontestable, la syphilis paternelle seule, éteinte ou en action, est également léthifère ; à plus forte raison, l'action nocive de la syphilis se fera-t-elle plus sûrement sentir si le père et la mère sont tous deux syphilitiques ; la syphilis enfin agira presque fatalement si elle est antérieure à la conception, et si les générateurs présentent au moment de l'imprégnation des accidents secondaires. Cette question a, du reste, été merveilleusement élucidée par les belles observations du Dr Fournier qui a fait voir, au point de vue de l'hérédo-syphilis, l'action de la syphilis paternelle qui n'a pas toujours besoin, pour faire sentir sa nocuité ou donner des signes de son existence, d'être en puissance ou en action (syphilis latente).

On pourra donc parfois, à la suite d'une série d'avortements, incriminer avec raison une syphilis méconnue, ignorée, niée ou oubliée, tellement elle est ancienne ; c'est en quelque sorte le dernier cachet, la dernière manifestation d'une vieille syphilis qui ne donnait plus aucun signe d'existence et qui paraissait à tout jamais éteinte ou guérie ; c'est pour ainsi dire son dernier souffle : le syphilitique n'est plus frappé que dans sa progéniture.

En face d'une syphilis paternelle ou maternelle reconnue et avérée, l'hésitation n'est pas permise ; il faudra instituer de suite le traitement spécifique, et ici nous préférons le traitement mixte, c'est-à-dire l'usage de l'iodure de potassium associé au mercure, sous forme

de sirop de Gibert par exemple ; dans les cas où la syphilis sera *seulement soupçonnée*, on devra se comporter de la même façon, mais apporter autant de tact que de circonspection et de prudence.

La médication iodurée-hydrargyrique sera continuée pendant *toute la durée de la grossesse*, avec une période de repos de dix jours chaque mois ; en procédant de cette façon, bien des grossesses qui auraient été arrêtées dans leur cours sont menées jusqu'à terme.

Si l'accoucheur est puissant en face d'une syphilis reconnue ou seulement soupçonnée dans le cours de la grossesse, il n'en est plus de même dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire dans le cas où l'œuf vient se placer sur le segment inférieur de l'utérus. On sait aujourd'hui que l'insertion vicieuse ne donne pas lieu seulement à des accidents du dernier tiers de la grossesse, mais qu'elle agit encore souvent d'une façon précoce, en produisant une rupture spontanée et prématurée des membranes, qui sera suivie fatalement et à brève échéance de l'expulsion du produit de la conception. Ce sont là des faits en face desquels il n'y a qu'à s'incliner ; le diagnostic ne peut être fait que rétrospectivement, c'est-à-dire par l'inspection du délivre après son expulsion.

Le traitement prophylactique des avortements trouvera au contraire son maximum d'indications en face des différentes diathèses, et surtout des nombreuses intoxications qui ont été à juste titre incriminées comme pouvant causer l'avortement : nous signalerons seulement l'action de l'oxyde de carbone chez les repasseuses, du sulfure de carbone, du plomb, du tabac, et peut-être de l'alcool ; il faudra donc, lorsqu'une femme exposée à l'une ou à l'autre de ces intoxications deviendra enceinte, la changer de milieu et de conditions pour la soustraire à la possibilité d'un avortement.

Nous ne ferons que signaler les cardiopathies, et enfin l'albuminurie, qui causeront plus souvent l'accouchement prématuré que l'avortement. Il en sera de même des différents états pathologiques de l'utérus (fibromes, cancer) ou de l'ovaire (kystes).

B. Traitement des menaces de l'avortement

Si l'on doit par la thérapeutique et l'hygiène combattre les causes que peuvent produire l'avortement pour permettre à la femme enceinte de mener à bien une grossesse commençante, parfois on devra faire plus encore, en luttant contre des accidents qui vont être des menaces immédiates d'avortement. L'accoucheur n'est plus ici en face d'un avortement hypothétique, mais en face de *menaces réelles*. Ces menaces, qui doivent toujours faire redouter la possibilité d'un avortement, sont caractérisées par des *douleurs*, c'est-à-dire des *contractions utérines douloureuses*, et des *hémorragies reconnaissant pour origine l'utérus* ; c'est à dessein que nous disons contractions utérines douloureuses et hémorragies utérines. Il faudra en effet s'assurer, chez la femme enceinte, que les douleurs qu'elle ressent proviennent bien réellement de l'utérus, et de l'utérus qui se contracte ; c'est par l'examen minutieux de tous les organes qu'on pourra faire le diagnostic différentiel, et rapporter à sa vraie cause l'origine des douleurs, qui

pourraient tenir à la vessie, à l'intestin, à une névralgie iléo-lombaire, parfois à une colique hépatiche ou néphrétique. La contraction utérine douloureuse est intermittente, avec irradiations lombaires ; si la grossesse est assez avancée, l'utérus assez développé, on pourra, pendant la douleur, l'utérus se contracter et le *sentir se durcir sous la main* qui l'explore à travers la paroi abdominale ; parfois même, le toucher fera reconnaître déjà des modifications révélatrices d'un début de travail ; l'utérus semble abaissé, dans un état de demi-contractions permanentes, et le col présente un commencement d'effacement, ou plutôt *une perméabilité* plus ou moins grande du canal cervical ; c'est là un indice certain d'un début de travail, une menace certaine d'avortement.

Calmer l'irritabilité utérine, chercher à faire cesser ces contractions douloureuses, tel sera le but que l'accoucheur devra se proposer d'obtenir le plus promptement possible ; à cet effet, la femme, dès l'apparition des douleurs, sera couchée, étendue à plat sur son lit, et, sous aucun prétexte, ne devra, jusqu'à nouvel ordre, mettre le pied à terre.

De tous les médicaments sédatifs des contractions utérines, nous n'en connaissons pas de meilleurs que les préparations opiacées, si bien que nous nous croyons en droit d'affirmer que là où celles-ci n'auront pas donné des résultats, toutes les autres auraient échoué également ; c'est assez dire le cas que nous faisons en pareille circonstance de la teinture de viburnum prunifolium, de l'extrait fluide d'hydrastis, de la teinture de chanvre indien.

Parmi les préparations opiacées, les meilleures nous paraissent être le laudanum en lavement et la morphine en injections sous-cutanées.

Après avoir vidé le rectum au moyen d'un grand lavement, on donnera 25 gouttes de laudanum dans 80 grammes d'eau filtrée et bouillie : ce lavement devra être conservé, en raison de la grande tolérance que les femmes enceintes présentent pour le laudanum. Il ne faudra pas craindre d'augmenter successivement les doses ; c'est ainsi qu'on pourra répéter ce lavement toutes les 6 heures, de façon à faire prendre 100 gouttes de laudanum dans les 24 heures.

Par la rapidité de son absorption, la simplicité de son administration, et la constance de son action, la morphine en injections sous-cutanées, nous paraît encore préférable ; on fera alors, sur la paroi abdominale, une première injection sous-cutanée avec 1 centigramme de morphine, qu'on pourra renouveler une seconde et une troisième fois dans les 24 heures, s'il est nécessaire.

Tant qu'il y a de l'espoir, c'est-à-dire tant que l'avortement n'est pas fait, il faut continuer et insister, car il n'est pas rare de voir, sous l'influence de la morphine, les douleurs s'espacer, s'atténuer, et le travail s'arrêter, alors même que le col présentait un commencement d'effacement, ou plutôt que le canal cervical offrait un début de dilatation.

Si, par exception, la femme présentait une intolérance absolue pour la morphine, on devrait alors s'adresser au *chloral* donné en lave-

ments à la dose de 2 grammes dans un peu de lait, en allant jusqu'à 6 grammes dans les 24 heures, s'il y avait lieu, mais le chloral est loin d'avoir la valeur des préparations d'opium.

En général, les contractions utérines, pour peu qu'elles soient répétées ou violentes, s'accompagnent d'un écoulement de sang plus ou moins considérable, déterminé par le décollement d'une portion de l'œuf; d'autres fois, la perte de sang précède les contractions utérines; dans un cas comme dans l'autre, c'est encore aux préparations opiacées qu'il faudra recourir pour chercher à calmer l'irritabilité utérine, et s'opposer à l'extension du décollement placentaire, cause de l'hémorrhagie; nous repoussons absolument, dans ces cas, l'usage et l'emploi du seigle ergoté en potions ou de l'ergotine en injections sous-cutanées; l'ergot de seigle ne pourra qu'exciter les contractions, tétaniser la fibre utérine, au point de rendre inévitable un avortement qui eût pu être évité; de plus, si l'avortement se produit, c'est-à-dire si l'embryon est expulsé, le placenta va se trouver pour ainsi dire emprisonné dans la cavité utérine, tellement rétractée parfois qu'il sera impossible d'intervenir, s'il y a lieu, soit en faisant des injections intra-utérines, soit en procédant à la délivrance.

On devra, seulement, si les contractions utérines sont accompagnées de pertes de sang un peu abondantes, faire de grandes injections vaginales avec une solution antiseptique de 48 à 50°

Dans les cas enfin où l'hémorrhagie est *abondante d'emblée*, ou *grave par sa durée*, il faudra instituer une thérapeutique toute différente: ici, par son abondance, sa gravité, l'avortement devient fatal, inévitable; ce n'est plus alors *la menace d'avortement* qu'il faut combattre, mais bien *l'accident menaçant*, c'est-à-dire l'hémorrhagie, qui va dominer la scène clinique.

La thérapeutique, dans ce cas, est tellement spéciale, tellement urgente qu'elle fera l'objet d'un chapitre particulier, où nous traiterons des accidents des avortements, accidents que nous rangerons sous trois classes: *l'hémorrhagie*, *la rétention placentaire*, *l'infection*.

Il est bien évident qu'on ne cherchera pas à enrayer des menaces d'avortement, lorsque celui-ci sera *certainement inévitable*, c'est-à-dire dans les cas où l'on aura la *certitude* que les membranes sont rompues, ou que le produit de conception a succombé; il en sera de même si, par le toucher vaginal, le doigt arrive sur une partie fœtale, ou une portion d'œuf engagée dans le col; par contre, tant que l'on conserve un doute, il faudra se conduire comme si l'avortement pouvait être évité et arrêté.

(A suivre.)

FORMULAIRE

EPISTAXIS (chez les enfants).

Certaines épistaxis, telles que les épistaxis critiques ou les épistaxis supplémentaires des petites filles précocement réglées, sont salutaires et doivent être respectées.

Dans la plupart des cas l'épistaxis tend à s'arrêter d'elle-même.

(a) Moyens à la portée des parents.

1° Presser entre les doigts les ailes de nez contre la cloison pendant 5 à 10 minutes.

2° Renifler une solution d'antipyrine à 1/10.

3° Introduire dans la fosse nasale un tampon de coton imbibé d'une solution hémostatique (eau salée, vinaigre, antipyrine à 1/10, chlorhydrate de cocaïne à 1/5).

Eviter l'emploi du perchlorure de fer, qui irrite violemment la pituitaire et peut provoquer la formation d'escarres et d'ulcérations.

4° L'eau oxygénée à 12 volumes, dont on imbibe un tampon, est certainement l'hémostatique de choix ; elle produit une vasoconstriction instantanée et durable, est antiseptique et non toxique.

(b) Moyens à la disposition du médecin.

1° La cautérisation.

Ce moyen "trouve son indication dans les cas, et ce sont les plus nombreux, où l'examen rhinoscopique fait découvrir le siège de la rupture vasculaire : il consiste à aller boucher directement le petit vaisseau qui donne. A cet effet, on prépare à l'avance un stylet muni à son extrémité d'une perle de nitrate d'argent ou d'acide chromique fondu. La fosse nasale étant préalablement vidée des caillots qui l'obstruent, on déterge à l'aide d'un tampon de coton le point de la pituitaire qui saigne et l'on va porter, sous le contrôle de la vue, la perle d'acide chromique sur le vaisseau rompu où on la maintient appliquée pendant quelques instants. Cette perle doit être assez volumineuse pour ne pas se dissoudre immédiatement dans les premières gouttes de sang qui se répandent sur elle et pour provoquer la formation d'une escarre qui englobe le vaisseau rompu : elle doit avoir à peu près la dimension d'un grain de chènevis. L'hémorrhagie s'arrête sur le champ ; on s'assure que l'hémostase est parfaite en faisant moucher l'enfant ; cette expérience ne doit ramener aucune goutte de sang."

2° Le tamponnement.

"Le tamponnement est indiqué dans des cas spéciaux, par exemple dans ceux où l'hémorrhagie est si abondante que le sang

masque constamment le point malade, dans ceux où la pituitaire saigne sur une grande surface sans présenter de lésions limitées, enfin dans certaines épistaxis traumatiques, en particulier celles qui succèdent à une intervention chirurgicale."

Tamponnement antérieur.—“ On prépare des bandelettes de gaze iodoformée ou salolée pliées en quatre doubles, afin qu'elles aient une certaine résistance, et présentant une longueur d'environ 6 centimètres ($2\frac{1}{2}$ pouces) sur un centimètre ($\frac{1}{2}$ pouce) de large. En s'aïdant du spéculum et d'une pince fine et coudée, on porte dans la fosse nasale et le plus profondément possible une première de ces bandelettes que l'on tasse fortement sur le plancher, puis une seconde par-dessus celle-ci et ainsi de suite, en les étageant ainsi de bas en haut, jusqu'à ce que le tamponnement soit complet. Ces lanières sont laissées en place de 12 à 24 heures; on les retire alors une à une et avec une grande douceur; si elles sont desséchées à l'entrée de la narine, on les humecte auparavant avec quelques gouttes d'un liquide antiseptique.”

Tamponnement postérieur.—Il est mal supporté par le malade. “ C'est la dernière ressource, dans les cas urgents, des médecins à qui l'usage du spéculum nasi n'est pas suffisamment familier.”

c) *Traitement préventif.*

1° Cautérisation au nitrate d'argent du point qui donne habituellement lieu à l'hémorrhagie. On le reconnaît à l'existence d'une petite croûte brunâtre sous laquelle apparaît une petite goutte de sang, dès qu'on la détache.

2° Usage journalier d'une pommade à base de vaseline.

3° Empêcher l'enfant de porter les doigts à son nez.

4° Traiter les états pathologiques (cardiopathie, etc.), s'il y en a.

M. BOULAY.

Traité des Maladies de l'Enfance.

Coryza.

Teinture d'opium camphréé.....	$\frac{1}{2}$ once.
Teinture de benjoin composée.....	1 once.

Sig.—Une drachme dans une pinte d'eau chaude. en inhalation 3 f. p. j. pendant 15 minutes.

MACKENZIE.

Acide borique.....	1 drachme.
Bromure de soude	2 drachmes.
Glycerine.....	$\frac{1}{2}$ once.
Eau de fleurs d'oranger.....	8 onces.

Sig.—En pulvérisations dans les narines.

MACKENZIE.

Bronchite aiguë.

R.—Teinture de racines d'aconit.....	½ drachme.
Bromure de potassium.....	80 grains.
Sirop de gingembre.....	4 drachmes.
Eau pour faire.....	2 onces.

Sig.—Une cuillerée à thé toutes les 2 heures.

DANFORTH.

Codéïne.....	2 grains.
Poudre d'ipécac.....	3 grains.
Poudre de camphre.....	24 grains.
Sulfate de quinine.....	12 grains.

Pour capsules no XII

Sig.—Une capsule toutes les 3 heures.

DANFORTH.

Dr LEREDDE.—L'Eczéma (*maladie parasitaire*), *Nature, pathologie, diagnostic et traitement*, par le Dr LEREDDE, chef de laboratoire, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis. N° 7 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). 1 brochure grand in-8°. Masson et Cie, éditeurs..... 1 f. 25

Dr J. SANARELLI.—La fièvre jaune, par le Dr J. SANARELLI, directeur de l'Institut d'hygiène expérimentale de Montevideo N° 8 de l'*Œuvre médico-chirurgicale* (Dr Critzman, directeur). 1 brochure in-8° avec figures (Masson et Cie, éditeurs)..... 1. fr. 25

Traitement de la rougeole par la pommade ichthyolée.—D'après la *Semaine Médicale* le Dr STRIZOVÈRE, d'Odessa, aurait obtenu de la pommade ichthyolée d'excellents résultats dans la rougeole.

M. Strizovère faisait frotter ses rubéoliques matin et soir avec une pommade contenant 50 grammes d'ichthyole pour 90 grammes d'axonge. Quand ce traitement avait pu être institué dès le début des troubles morbides, alors que l'éruption était encore limitée à la gorge, l'infection avortait : il ne se produisait ni éruption cutanée, ni fièvre, et l'enfant se rétablissait rapidement. Lorsque l'éruption s'était déjà complètement développée, qu'il y avait hyperthermie et bronchite, on voyait, après une ou deux onctions à l'ichthyol, la température redevenir normale et les taches pâlir, puis disparaître. Au bout de quatre ou cinq jours la guérison était complète. A ce moment, notre confrère a coutume de faire administrer un bain chaud pour débarrasser la peau des restes de pommade.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Directeur-Gérant : - - - - - Dr J. B. A. LAMARCHE

Rédacteur en chef : - Dr E. P. BENOIT

MONTRÉAL, MAI 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Montréal, 20 avril 1898.

A M. le Dr J. B. A. LAMARCHE,

Directeur-gérant de "l'Union Médicale du Canada."

Monsieur le Directeur-gérant,

C'est en janvier 1872 que le premier numéro de "L'Union Médicale" a paru après beaucoup de démarches préliminaires, etc., etc. Pour en assurer l'existence et ainsi qu'une bonne direction éditoriale, il avait été nommé un comité de garantie et de surveillance, composé d'une quinzaine de médecins responsables qui devaient fournir des fonds, si besoin, et en surveiller aussi la rédaction.

Les premiers rédacteurs furent les Drs Rottot, A. Dagenais, et L. J. P. Desrosiers.

Le but principal était de propager les connaissances médicales, faire connaître les découvertes nouvelles, et prêcher l'Union tel que le dit le titre même, parmi les médecins de cette Province. Les regrettés Drs George Grenier (1) et E. H. Desrosiers ont succédé aux trois premiers rédacteurs, ils ont travaillé arduement durant des années et réussi à maintenir "l'Union" dans la bonne voie, et à en faire un journal important. Vous aussi, comme rédacteur et propriétaire, avez su satisfaire et instruire nos lecteurs. Mais laissez-moi vous dire que, depuis que vous avez choisi votre rédacteur actuel,

(1) Le Dr E. P. Lachapelle succéda au Dr Grenier comme rédacteur propriétaire du journal. On remarquera que le Dr Brosseau n'en fait pas mention.
Note éditoriale.

vosre journal n'entretient plus " L'union " parmi les médecins de cette Province, mais y sème trop souvent la discorde et la haine. Il me semble que vous auriez pu mettre un frein à ces accusations fausses et malveillantes que votre rédacteur et un correspondant *ex-
dem farinæ* répandent à flot dans votre journal depuis des mois.

Permettez-moi aussi de vous dire, M. le Directeur-gérant, à vous qui avez des principes larges et des idées de liberté et de saine tolérance, que vous ne devriez pas laisser attaquer, vilipender des confrères qui ont vieilli sous le harnais et qui jouissent d'une réputation bien péniblement gagnée et bien méritée.

Votre rédacteur est encore trop jeune et peut-être de nature trop belliqueuse pour être à la direction d'un journal important comme le vôtre, sans avoir un comité de *surveillance*, comme il y en avait un les premières années de la publication.

De plus, l'influence que son proche parent, bien connu pour ses dispositions d'empirisme et d'intolérance en vers ceux qui ne se soumettent pas sans mot dire à ses désirs et à ses volontés, exerce sur ce jeune rédacteur font dévier le journal de son prospectus : instruction, union, etc., etc.

Vos plus fidèles amis et abonnés les plus fidèles ne sauraient tolérer ces injures, ces calomnies bien longtemps. Un autre propriétaire de journal a refusé l'insertion de *tout* écrit sur le sujet des *Elections*, afin de ne pas froisser ses abonnés.

M. le Directeur, je crois de mon devoir pour justifier ma position dans le bureau de faire connaître à vos lecteurs comment j'y suis entré. Il y a six ans, la succursale de Laval, à Montréal, avait pour l'un de ses représentants dans le Bureau, le regretté Dr A. Dagenais, homme honorable et d'un jugement supérieur.

Pour une raison futile, un jeune membre de la succursale fit de la cabale parmi les autres membres et réussit à faire mettre de côté cet officier du collège, alors le trésorier.

Le Dr Dagenais, mon vieil ami, justement indigné contre ses jeunes collègues, résolut de se faire élire comme représentant de la ville de Montréal. Alors, je m'engageai séance tenante à l'aider à le faire réélire : dans ce but nous nous sommes unis au Dr J. M. Beau-soleil qui était le chef de parti et nous avons été élus tous trois par la ville de Montréal.

Je ne me serais jamais mêlé des élections du collège si ce n'était été pour aider un collègue ami, auquel on faisait une injustice choquante.

Voilà la cause et l'unique cause de ma séparation d'un certain nombre de mes collègues, pour réparer une injustice faite à un ami personnel.

Il est dans ma nature, dans mon tempérament de ne pas souffrir tacitement, l'injustice. On me fait un reproche de ne pas être avec mes collègues de l'université, ne serait-ce pas une lâcheté de ma part d'abandonner aujourd'hui les membres d'un bureau médical avec lesquels je travaille harmonieusement depuis six ans—il me répugne de songer qu'ils pourraient me traiter de lâche ou de fourbe, etc. etc.

Du reste je me trouve en bonne compagnie avec MM. les Drs Ross, Marsil, Simard, Rinfret, Gauthier, qui ne sont pas plus que moi les partisans aveugles, ni les jouets de celui qu'on accuse de tout monopoliser. Il est vraiment comique d'entendre toujours parler de monopole par les adversaires du bureau actuel, quand c'est un fait patant que l'organisateur en chef de l'opposition actuelle.—faites ce que je dis, ne faites pas ce que je fais—en fait une pratique journalière.

Non, la cause de tout le tapage, de la guerre injuste que l'on fait au Bureau actuel (car, réellement, à lire les écrits de vos jeunes gens, on dirait qu'il y a péril dans la demeure) tandis qu'en réalité tout se résume en ces quelques mots : "Ote-toi de là que je m'y mette." C'est une tempête dans un verre d'eau.

Il y a plusieurs années, la "Société médicale" de la succursale Laval, à Montréal, avait fait préparer à ses frais un bill, par le légiste Gonzalve Doure, à l'instar de celui du Barreau. Nous n'avons pas été capables de le faire adopter *au complet* par la législature d'alors.

Le Bureau actuel a obtenu de la législature ce que nous n'avions pu obtenir autrefois, et nos adversaires n'ont pas l'air contents du résultat ; seraient-ils jaloux par hasard que ceux-ci auraient obtenu ce que ceux-là n'ont pu obtenir ?

On accuse encore le Bureau actuel de ne pas être sincère, quand il promet, par la voix des honorables J. J. Ross et Marsil, de leurs sièges au conseil législatif, de suivre les opinions, et d'exécuter les vœux de la majorité de la profession qui seront exprimées lors des prochaines élections triennales à propos du vote par district. Pour ma part je m'engage sincèrement à travailler dans ce but, car je crois que le meilleur moyen de secouer l'*apathie morbide* des médecins de cette province, c'est de les mettre en position de s'occuper de leurs affaires locales ; alors, s'ils ne les font pas bien, ils n'auront qu'eux-mêmes à blâmer, et je suis prêt à parier cinq cent dollars en

faveur d'une institution de charité, disons l'hôpital Notre-Dame, que la majorité du bureau actuel sera en faveur du vote par district :

Voici quelques-uns des actes du Bureau actuel que je connais spécialement, et que je crois devoir mentionner pour l'éducation de vos lecteurs.

1° J'ai été nommé secrétaire pour Montréal, dès mon entrée au Bureau ; durant 12 mois, un médecin, bien qualifié du reste mais Anglais, parlant et écrivant difficilement le français, avait été secrétaire du Bureau. Eh bien, étant donné que les trois-quarts des aspirants à l'étude de la médecine et à la licence sont des Canadiens-français, n'était-il pas juste et raisonnable que cet état de choses fut changé pour faciliter les rapports entre les intéressés ? ce qui a été fait.

2° Quant à ma ponctualité et à mon attention envers tous les aspirants dans l'exercice de mes devoirs, j'en appelle à tous ceux qui ont eu affaire à moi, comme secrétaire. Si on veut lire *entre les lignes* les écrits de nos adversaires, on voit que l'on veut nous faire passer tous pour des vilains ou des incapables.

N'y a-t-il pas des *auditeurs* au Bureau, n'y a-t-il pas des assurances de garantie pour tous ceux des officiers qui touchent de l'argent du Collège ? Je vous le demande, ne sont-ce pas là des sûretés suffisantes ? (1)

On accuse souvent le Bureau de ne pas agir assez sévèrement contre les charlatans de toute espèce, licenciés ou non licenciés.

Avant d'être secrétaire du Bureau, moi comme d'autres, je croyais cela. Mais depuis que j'ai essayé maintes et maintes fois à faire mieux que mes devanciers, je me suis vite aperçu qu'en ces matières "la critique est aisée, mais l'art difficile." En effet, que m'est-il arrivé ? comme en toutes autres j'ai servi de témoin volontaire dans une vingtaine de causes au moins, j'ai répondu à des quantités de lettres de médecins, d'avocats dénonçant les charlatans de toutes espèces, et quand venait le temps de fournir les preuves à l'appui des accusations portées, tout manquait. Troubles inutiles, frais considérables pour l'agent—voilà.

La nouvelle loi obtenue par le Bureau actuel donne justement les moyens de mettre fin à ces abus, viz : des agents, des poursuites en cours inférieures dans chaque district.

Le Dr Sirois, dans un article à la *Revue Médicale*, a fait remarquer que ces garanties n'étaient pas encore payées lors du dernier rapport des auditeurs.
Note éditoriale.

Cette loi passée a la dernière session, établit un bureau de discipline qui donne le droit au Bureau de poursuivre les médecins qui manquent à leurs devoirs. après avertissement et censures, suspension ; le bureau fera par le fait même disparaître les Munyons, les Mireaults que des médecins couvraient de leur licence.

En terminant cet article écrit dans le seul but de rétablir l'accord et la bonne entente qui doit régner entre les membres d'une même famille, je me permets, vu mon âge et mes nombreuses années de professorat, qui m'ont tenu en rapports intimes avec la grande majorité des médecins de cette Province, je me permets, dis-je, de conseiller aux médecins de se tenir sur leurs gardes, de disséquer minutieusement les écrits qui leur tombent sous la main. Jugez par vous-mêmes et agissez suivant l'intérêt commun de la profession. Est-il Dieu vrai que nous, médecins canadiens français, nous ne pourrions pas appartenir à un corps, à une société sans nous chicaner et nous affaiblir par nos divisions et cela au grand ébahissement de nos confrères anglais.

Si par hasard vous vous êtes déjà prononcé, en donnant votre procuration, sous la sollicitation pressante d'un intéressé ou sans avoir réfléchi suffisamment, étant aujourd'hui mieux informé vous n'avez qu'à venir vous-même à l'assemblée du 13 juillet, ou encore donner une autre procuration à un confrère, auquel vous indiquerez vos conditions— "avec ce P. S. je révoque toute procuration antérieure." Alors vous recouvrez votre liberté d'action.

M. le Directeur-gérant, je me souscris,
Votre tout dévoué,

A. T. BROUSSEAU,
138 rue St-Denis;

NOUVELLE SOCIÉTÉ MÉDICALE.

Les médecins canadiens qui s'occupent spécialement des maladies mentales, et dont le dévouement s'exerce dans les divers asiles d'aliénés de la Province, viennent de former une société qui portera le nom de *Société Médico-Psychologique de Québec*. Tous les médecins, au nombre d'une vingtaine environ, attachés à l'Asile des Aliénés de Québec, à l'Hospice St-Jean-de-Dieu, à l'Asile des Aliénés de Verdun et à l'Hôpital des Idiots de St-Ferdinand d'Halifax, feront partie de cette société. Les officiers suivants ont été élus pour l'année courante :

Président : Arthur Vallée, M. D., surintendant-médical de l'Asile d'aliénés de Québec, Québec.

Vice-Président : F. J. W. Burgess, M. D., surintendant médical, du Protestant Hospital for the Insane, Verdun.

Secrétaire : E. P. Chagnon, M. D., médecin-assistant de l'Asile d'aliénés St-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe.

Mon honorable correspondant me permettra de lui faire observer que dans l'historique qu'il fait de la fondation du journal, il omet (involontairement, je n'en doute pas) de mentionner le nom du Dr E. P. Lachapelle parmi ses rédacteurs.—C'est en effet le Dr Lachapelle qui, à la mort du regretté Dr G. Grenier, en Mai 1876, à pris en main l'administration et la rédaction du journal et lui a fait traverser heureusement la crise la plus difficile de son existence. Il s'adjoignit, comme assistant rédacteur, le Dr J. B. A. Lamarche, soussigné, et un an après, le Dr Sévérin Lachapelle. En 1882 le Dr E. P. Lachapelle céda l'*Union Médicale* au Dr Lamarche qui s'adjoignit le Dr H. E. Desrosiers, qui y consacra son énergie et ses brillantes facultés jusqu'à Juillet 1895, époque à laquelle la maladie le força à prendre sa retraite—voilà les faits.

Je remercie, mon honorable ami des conseils qu'il me donne pour la bonne régie du journal, car je suis convaincu qu'ils sont l'expression de sa bonne foi et de son amitié pour moi. Pourtant je ne saurais accepter son idée d'établir un *Comité de Surveillance*, sachant, par expérience comme c'est chose délicate à organiser, et difficile à faire fonctionner. Décidément, je préfère pour cette question de surveillance, le *Comité d'un*. Aussi, me suis-je nommé en 1882 directeur-gérant, poste que j'occupe depuis lors à ma satisfaction, grâce aux conseils que je sollicite et que j'utilise au besoin. Il est vrai que mon ami le Dr Brosseau m'avertit que ça ne saurait durer comme cela bien longtemps : la circulation du journal augmente sans cesse malgré la compétition et malgré les augures tirés des entrailles de nos honorables contradicteurs, cela ne doit-il pas me suffire. On ne peut exiger que je plaise à *tout le monde* et je n'y ai jamais songé. Je n'irai certes pas demander l'imprimatur à ceux qui professent des opinions contraires aux miennes ; je donne hospitalité à leurs écrits, comme dans le cas actuel, et je crois que cela suffit.

Je dirai en terminant à Mr le Dr. Brosseau que sa protestation contre les injures et les accusations malveillantes aurait eu plus de poids s'il n'eut joint au précepte l'exemple.....contraire. Il y a maldonne, c'est évident.

J. B. A. LAMARCHE.

RÉPONSE A M. LE Dr BROSSEAU.

A M. le Dr A. T. BROSSEAU,
rue St-Denis.

Monsieur le docteur,

Vous avez adressé à M. J. B. A. Lamarche, directeur-gérant de *L'Union Médicale*, une lettre que je pourrais résumer ainsi : Première partie : vous devriez mettre le Dr Benoit à la porte ; deuxième partie : quant à moi, si je suis dans le Bureau, ce n'est pas de ma faute, et je n'ai rien à me reprocher. La lettre finit, naturellement, par une demande de procurations. Vous n'avez eu garde, non plus, de donner un coup de patte en passant au Dr E. P. Lachapelle, votre cauchemar. Tout cela est un peu embrouillé, un peu confus, mais on voit tout de même où vous voulez en venir. Il est évident que vous n'aviez en tête, en écrivant cette lettre, que les intérêts professionnels, et pas du tout personnels. J'analyse en détail.

1° " Depuis que vous avez choisi votre rédacteur actuel, votre journal n'entretient plus l'union parmi les médecins de cette Province, mais y sème la discorde et la haine."

Voilà de bien gros mots. Personne ne se serait douté que, en critiquant le Bureau des Gouverneurs, et les actes particuliers de MM. Beausoleil et autres, on répandait immédiatement la discorde et la haine dans la province de Québec. Il est vrai que je suis bien jeune ; mais j'ai toujours pensé que les électeurs ont le droit de discuter les actes de leurs mandataires. J'ai toujours pensé aussi que le rôle d'un journal est de faire connaître à ces électeurs les actes de leurs gouverneurs. Et c'est bien mon intention de continuer tant que j'aurai comme aujourd'hui l'approbation de mes lecteurs.

2° " Vous auriez pu mettre un frein à ces accusations fausses et malveillantes que votre rédacteur et un associé *ejusdem farinae* répandent à flots depuis un mois dans votre journal."

Ne pensez-vous pas que le meilleur moyen de mettre un frein à des accusations fausses, serait précisément de prouver qu'elles sont fausses. Qu'est-ce qui vous empêche de le faire ? De plus, si les articles du Dr Sirois et les miens sont faux et malveillants, vous avez la loi du libelle pour vous protéger. Pourquoi ne pas y avoir recours ? Vous insinuez dans votre lettre : Le Dr Benoit n'est pas digne

de remplacer les Drs Grenier et Desrosiers, parce qu'il écrit des articles faux, mais vous vous gardez bien de montrer en quoi mes articles sont faux. Il faudrait au moins commencer par là.

3° " Vous ne devriez pas laisser attaquer, vilipender des confrères qui ont vieilli sous le harnais et qui jouissent d'une réputation bien péniblement gagnée et bien méritée."

Bien que votre article ne vise que les intérêts professionnels et pas du tout personnels, je suppose que vous pensiez à vous en écrivant ceci. Vous confondez, mon cher docteur. Personne n'en veut à votre honneur personnel. Tout le monde sait que vous êtes un honnête homme. Tout le monde aussi regrette de vous voir associé à un intriguant comme le Dr Beausoleil, qui se sert de vous comme d'un paravent pour abriter ses actions peu scrupuleuses. Car vous comprenez bien qu'étant membre du Bureau des Gouverneurs, vous êtes solidairement responsable des agissements du chef. Tant pis si vous n'avez pas su ou pas pu voir ce qui se passait. C'était votre devoir d'ouvrir les yeux, et ne pas exposer votre réputation pour conserver le modeste salaire de votre place de secrétaire.

4° " L'influence que son proche parent, bien connu pour ses dispositions d'empirisme et d'intolérance envers ceux qui ne se soumettent pas sans mot dire à ses désirs et à ses volontés, exerce sur ce jeune rédacteur, fait dévier le journal de son prospectus : instruction, union, etc."

Ceci est à l'adresse du Dr E. P. Lachapelle. Cela m'aurait surpris que vous n'eussiez pas profité de cette lettre pour lui lancer un coup de patte.

Le Dr E. P. Lachapelle est un homme que je respecte beaucoup, et dont la carrière, Dieu merci, est connue de tout le monde, attendu qu'il n'a jamais eu l'habitude de cacher ses pensées ou ses actes. Cet homme-là est devenu votre bête noire parce que, chaque fois que inconsciemment vous avez voulu faire commettre des erreurs à l'Université Laval ou à l'hôpital Notre-Dame, vous l'avez rencontré sur votre chemin. De même que vous ne pardonnez pas à sir William Hingston d'être devenu le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, de même vous ne pardonnez pas au Dr Lachapelle de faire prévaloir, à Laval, ses idées sur les vôtres. Il faut croire cependant que les siennes sont les meilleures, puisque la majorité de vos collègues les adopte.

Remarquez bien, mon cher docteur, que lorsque le Dr Lachapelle vous a combattu, vous, Beausoleil et vos amis, ce n'était jamais pour lui, pour son avantage personnel, pour obtenir une position ou un salaire, mais toujours pour la cause qu'il défendait, que ce fût

l'Université Laval ou l'hôpital Notre-Dame. Quand il prenait une cause à cœur, il la faisait sienne, et devenait intolérant pour ses adversaires ou ses faux amis. C'est sans doute cela que vous avez sur le cœur, quand vous parlez de son *empirisme*, ou de son monopole.

5° " Un autre propriétaire de journal a refusé l'insertion de *tout* écrit sur le sujet des *Élections*, afin de ne pas froisser ses abonnés. "

Vous voulez parler de M. Victor Rougier, importateur de produits pharmaceutiques français, et propriétaire de la " Clinique. " La comparaison, mon cher docteur, n'est pas juste. La " Clinique " est un journal d'annonces, et tient avant tout à l'intérêt de la maison. *L'Union Médicale* est l'organe de la profession, et tient avant tout, dans l'intérêt de ses abonnés, à combattre les tireurs de ficelles qui vivent d'expédients, et ne cherchent à arriver qu'en grimpant sur le dos de leurs amis, ou en se faisant de la réclame aux dépens de la profession.

Votre grand désir, ce serait que *L'Union Médicale* ne publiât aucun article sur le sujet des élections. Je n'en doute pas. Vous devez y tenir d'autant plus que vos démarches à la Clinique sont restées infructueuses et qu'on a refusé, malgré vos supplications, de laisser votre ami Beausoleil écrire de nouveau dans le journal.

6° " Vos plus fidèles amis et abonnés ne sauraient tolérer ces injures, ces calomnies bien longtemps. "

Parce que nous critiquons les actes du Bureau, vous criez tout de suite à l'injure et à la calomnie. C'est une manière comme une autre de répondre, mais cela ne prouve pas grand'chose.

Quant à nos amis et abonnés, ne vous en inquiétez pas. Ils sont les juges, et ce sont eux qui décideront la question le 13 juillet prochain. J'ai bien peur que vous ne perdiez votre cause, mon cher docteur. Dire qu'on aurait pu éviter tout ce trouble en me donnant un conseil de *surveillance*, avec vous-même comme président. Vous avez pour moi des instincts si paternels, si j'en juge d'après ce que vous dites de mon humble personne, dans les lettres écrites à vos amis, que vous n'auriez pas hésité à me donner le fouet, pour me remettre à l'ordre.

Ce bon docteur !

7° " Nous nous sommes unis (le Dr Dagenais et vous) au Dr J. M. Beausoleil et nous avons été élus tous trois par la ville de Montréal. "

Pour la ville de Montréal serait plus exact, car il est évident que vous avez été élu avec les procurations du Grand Chef, qui ne craignait pas alors qu'il y eût trop de professeurs de Laval dans

son Bureau. Vous aviez, il est vrai, voté contre lui lorsqu'il avait demandé, lors de l'Union, à entrer comme professeur dans cette Université Laval qu'il décrie aujourd'hui, mais le Dr Beausoleil oublie facilement les choses, quand cela peut lui être utile, et vous préféreriez de votre côté lâcher vos collègues qui refusaient de vous élire, malgré la promesse que vous leur faisiez d'abandonner vos opinions; toujours la question d'intérêts personnels—pardon, professionnels.

Quant à votre ami Dagenais, ce n'était qu'un prétexte. Si vous respectiez le moindrement sa mémoire, vous ne resteriez pas deux minutes de plus l'allié du Dr Beausoleil qui, pour avoir *oublié* un billet important, faillit compromettre à jamais la bonne réputation de l'ancien trésorier du Bureau. On vous promettait une place de secrétaire et \$250; vous avez pensé que l'argent et la gloire compensaient suffisamment l'abandon de vos collègues, et vous êtes passé à l'ennemi.

Vous ne voulez pas abandonner vos amis du Bureau médical, dites-vous, après avoir travaillé six ans avec eux. On comprend pourquoi, après avoir été l'adversaire du Dr Beausoleil, vous êtes devenu son ami et son allié, au point de l'aider dans ses luttes contre l'Université Laval et contre l'hôpital Notre-Dame, dont vous faites cependant partie.

8° “ La cause de tout le tapage, de la guerre injuste que l'on fait au Bureau actuel, se résume en ces quelques mots: “ Ote-toi de là que je m'y mette.”

Vous faites légèrement erreur, mon cher docteur. Nous faisons la lutte sur le programme suivant: 1° Elections par districts pour éviter les monopoles; 2° Meilleure administration financière du Bureau; 3° Surveillance rigoureuse de l'allocation des brevets et des licences; 4° Protection efficace contre les charlatans. Nous disons: “ Le Bureau actuel nous refuse les élections par districts (Québec, décembre 1897): les fonds sont administrés d'une façon toute particulière; on accorde la licence à des gens qui n'ont ni brevet, ni diplôme; on ne nous protège pas contre les charlatans: changeons tout cela, donnons-nous un Bureau qui prenne véritablement nos intérêts.” Il ne s'agit pas d'“ Ote-toi de là que je m'y mette,” il s'agit d'“ Ote-toi de là que nous y mettions de plus capables.”

Qui mettrons-nous à la place? Ce n'est pas le comité qui choisira, ce sont les médecins des districts. “ It is time for a change,” écrit le Dr Sirois (*ejusdem farinae*).

D'ailleurs vous sentez vous-même, et cela perce malgré vous, qu'il pourrait y avoir du vrai dans nos écrits, car vous ajoutez : " Car, réellement, à lire les écrits de vos jeunes gens, on dirait qu'il y a péril dans la demeure." C'est cela probablement qui vous fait rêver à cette chose exquise et bien de votre âge : un conseil de surveillance.

9° " Le Bureau actuel a obtenu de la législature ce que nous n'avons pu obtenir autrefois, et nos adversaires n'ont pas l'air contents du résultat."

Ce que nous n'avons pu obtenir autrefois, mon cher docteur, nous a été refusé grâce à l'opposition énergique du Dr Beausoleil et de ses amis.

Car vous oubliez de dire que le Bureau qui vous a précédé a présenté, en 1889, un bill destiné à compléter le bill Douthé. Ce bill, que le Dr Simard (Arthur) appelle le *bill Lachapelle*, mais qui fut préparé par un comité nommé par le Bureau et rédigé par le juge Pagnuelo, contenait les amendements suivants :

1° Création d'un Bureau central d'examineurs ayant pleins pouvoirs au sujet de l'examen des créances.

2° Réciprocité avec Ontario et les autres provinces.

3° Abolition du vote par procurations.

4° Limitation de la représentation universitaire à deux représentants pour chaque université.

5° Création d'un conseil de discipline.

6° Etablissement d'un tarif d'honoraires.

Ce bill fit grand tapage en son temps, et au dernier moment, le Dr Lachapelle fut seul à le défendre. Les Universités anglaises ne voulaient pas d'un Bureau central d'examineurs ; les pharmaciens craignaient qu'on leur défendit de vendre les remèdes patentés ; les journalistes avaient peur de ne pouvoir plus annoncer les médicaments brevetés. Bref, tout le monde s'unit au Dr Beausoleil, qui ne voulait pas de l'abolition des procurations, pour faire tuer une loi qui donnait aux gouverneurs pleins pouvoirs pour protéger les médecins et faire les règlements qu'ils jugeraient nécessaires.

Depuis, le Bureau actuel, le Bureau du Dr Beausoleil, a repris peu à peu le bill de 1889, et replacé sur son programme certaines clauses qu'il avait alors combattues. Je ne dis pas que ce n'est pas habile ; mais cela manque de sincérité et de franchise. Vous avez beau faire, le Bureau actuel n'a jamais été aussi loin, dans ses règlements, que n'allait le bill de 1889.

10° " On accuse encore le Bureau actuel de ne pas être sincère

quand il promet, par la voix des honorables J. J. Ross et Marsil, de suivre les opinions et d'exécuter les vœux de la majorité de la profession, etc..."

Le Bureau actuel a promis, tous les trois ans, à chaque élection, les élections par districts. Il n'a jamais voulu les accorder, il s'est opposé de toutes ses forces, à Québec, à toute tentative de ce genre auprès de la législature. Le Dr Marsil lui-même a fait " de son siège au Conseil Législatif " un grand discours pour demander à ses collègues de rejeter l'amendement des élections par districts. " Vous ne devez pas tenir compte, Messieurs, de la demande d'une centaine de médecins quand il y en a 3,000 dans la province de Québec ! etc., etc." Aujourd'hui, vous nous promettez de nouveau les élections par districts ; vous n'y posez qu'une condition, c'est de vous réélire. Vous êtes bien aimables. Malheureusement, les médecins de la Province commencent à trouver qu'il y a longtemps qu'on les trompe, et ils vont essayer d'élire des hommes qu'ils choisiront eux-mêmes, et qui tiendront leur parole.

Le Bureau actuel a fait ses preuves, un pari de \$500 ne changerait rien à la chose, et ce serait vous faire perdre de l'argent inutilement. Laissons aux agents de cirque ce procédé connu d'en imposer aux badauds. La question ne se règlera pas par des paris, la question se règlera par des votes.

Vous terminez votre lettre, mon cher docteur, en parlant de vous. Rien de plus naturel quand on s'occupe des intérêts professionnels. Vous acceptez le programme des élections par districts. Vous mentionnez, " pour l'éducation de nos lecteurs," qu'on vous a nommé secrétaire à Montréal à la place d'un Anglais, et que vous avez été, avec tout le monde, ponctuel et poli. Par conséquent, l'on a tort de vouloir vous faire passer pour vilain ou incapable.

Mon cher docteur, qui veut vous faire passer pour vilain ou incapable ? Ce n'est certainement pas *L'Union Médicale*, qui n'a jamais attaqué votre réputation. Nous avons discuté avec vigueur et franchise les questions d'intérêts professionnels ; nous continuerons à le faire, malgré ce que vous en dites, parce que c'est le désir de nos abonnés, qui augmentent tous les jours. Mais jamais nous n'essaierons de porter atteinte à la réputation des gens honnêtes. Tout le monde sait que vous êtes l'honnêteté même, mon cher docteur, et très capable comme secrétaire. On ne vous reproche qu'une chose : de ne pas voir ce qui se passe autour de vous et de risquer par intérêt votre bonne réputation.

Je ne parle pas des charlatans. Vous avouez vous-même que le Bureau n'y peut rien, et que sa nouvelle loi lui permettra seulement d'atteindre les *médecins* qui s'allient aux charlatans. Si le Bureau actuel ne peut rien faire contre les charlatans, raison de plus pour le remplacer.

Enfin, mon cher docteur, après avoir commencé votre lettre en vous adressant au Dr Lamarche, mon directeur, vous terminez par un petit boniment aux électeurs. "Venez voter vous-mêmes," ou bien "Donnez une autre procuration." Toute votre lettre, évidemment, n'était écrite que pour cette conclusion-là.

Oh ! les intérêts personnels... pardon, professionnels !

Quant au prétendu ébahissement des *médecins* anglais, c'est tout simplement ridicule. Les *médecins* anglais travaillent de concert avec les *médecins* canadiens-français pour faire réussir le mouvement de réforme.

Il ne s'agit pas de la race ou de la nationalité des *médecins* ; il s'agit de nos intérêts les plus chers ; la liberté du vote, le contrôle des finances, la protection contre les intrus et les charlatans.

En attendant le conseil de surveillance,

Je demeure, mon cher docteur,

Votre tout dévoué

E. P. BENOIT.

Montréal, 28 avril 1898.

QUESTIONS D'ACTUALITÉ. (1)

Nous assistions dernièrement, à une discussion, aussi instructive qu'intéressante, sur les questions à l'ordre du jour dans le monde médical. Nous croyons devoir en retracer les grandes lignes pour les lecteurs de *La Revue Médicale*.

—Eh bien ! où en êtes-vous rendus avec votre lutte contre le Bureau ?

—Nous sommes sur le chemin de la Victoire.

—Vous croyez ?

—" *Je crois, je vois* ", pour parodier le mot célèbre de Ls. Veillot.

—Sérieusement, la publication de la circulaire du Comité de réélection du Bureau, n'a-t-elle pas paralysé vos efforts ?

(1) Reproduit de la *Revue Médicale* de Québec.

—Au contraire, cette production facilite énormément notre travail, car elle démontre une fois de plus le manque de sincérité de ses auteurs, leur peu de respect pour l'intelligence du corps médical, et le sans-gêne avec lequel on veut l'induire en erreur.

—Vous êtes sévère ! Docteur !

—Avec raison, mon cher, tenez, un exemple. Je lis dans la circulaire Beausoleil : “ Depuis plus de vingt ans, à chaque assemblée générale du Collège des Médecins, des voix autorisées s'élevèrent pour réclamer la fondation d'une bibliothèque médicale provinciale etc.” Or voici les rapports des assemblées de 1887 et 1892, publiés par la *Gazette médicale*, l'organe du Dr Beausoleil, cherchez et vous... ne trouverez aucune mention des voix autorisées qui ont réclamé cette fondation. En 1895, vous étiez à Québec et savez-vous qu'on n'a pas même fait allusion au projet.

—Vous avez raison, mais c'est là question de détails.

—Détails, si vous l'aimez ; depuis quand est-il nécessaire d'avoir recours au mensonge pour faire triompher une bonne cause ?

—Au moins, vous ne niez pas l'existence du “ *Grave péril* ” signalé par le Bureau ?

—Vous admettez la possibilité de ce danger ?

—Sans doute !

—Votre crédulité est digne d'admiration. A qui la faute si les libertés professionnelles sont aujourd'hui en danger, comme vous le prétendez ?

—Pas aux membres du Bureau, toujours !

—Oui, aux membres du Bureau qui en nous refusant le vote par District et l'abolition du vote par procurations ont laissé subsister la *machine à broyer* la volonté populaire ; aux membres du Bureau qui en donnant deux gouverneurs additionnels à la cité de Montréal, lui ont assuré, pratiquement, la majorité du Bureau. Il faut avoir de l'aplomb pour affirmer que les inconvénients du système actuel n'ont pas été montrés. D'ailleurs, avec cette expérience, cet esprit d'observation, cette habileté, cette clairvoyance, dont ils réclament le monopole, nos grands administrateurs n'auraient-ils pu prévoir ce danger ? Prévoir : n'est-ce pas la qualité essentielle d'un homme d'état ?

—Tout doux, vos amis de l'opposition n'auraient pas fait mieux !

—Pardon, mon cher docteur, il a déjà été proposé de fermer l'entrée du Bureau aux professeurs autres que les représentants attitrés des Universités. Devinez quel était l'auteur de cette proposition, je vous le donne en cent ?

—Je ne veux pas y perdre mon latin, dites ?

—E. P. Lachapelle, ce même Lachapelle qu'on vous représente aujourd'hui comme le pire ennemi de la profession, comme un autocrate rêvant l'asservissement des membres du Collège.

—Vous voulez vous moquer de moi !

—Mon cher ami, le Dr Beausoleil se moque assez de vous, pour me dispenser d'ajouter à votre supplice. Voici le *Bill* de 1888, communément appelé *bill* Lachapelle, j'y lis : clause VII, section IV :

“ *Aucun professeur, lecteur ou officier des dites universités ou écoles de médecine ne pourra former partie du conseil, excepté comme représentant de la faculté ou école à laquelle il appartient.* ”

Est-ce clair ? Cependant vos grands protecteurs des intérêts du corps médical, ceux-là même qui poussent des cris de paons, le Dr J. M. Beausoleil en tête, ont fait une guerre de corsaire à ce projet de loi.

—Il était si défectueux !

—Admettons ses défauts, alors il fallait simplement l'amender ou intercaler ses bonnes dispositions dans une loi subséquente. Car le *Bill*, malgré ses imperfections décrétait : 1° le vote par district—2° la création d'un Bureau central d'examineurs ; mesure restreignant les privilèges du corps enseignant—3° la création d'un conseil de discipline. Dix ans plus tard, les dénonciateurs d'autrefois se sont vus dans l'obligation de copier, sauf de légères variantes, le *bill* de 1888, pour l'établissement de leur conseil de discipline. Preuve, que les *antibillieux* de 1888 ont raison de voir si jaune aujourd'hui.

—Le *Bill* de 1892 décrétait ainsi l'établissement d'un Bureau central d'Examineurs !

—C'est vrai ! aussi vrai que ce projet de loi ne contenait aucune clause relative au changement du mode de votation si ardemment promis en 1889, et consacrait les immunités populaires en étendant à cinq ans, le terme d'office des gouverneurs. C'est si fatigant, voyez-vous, de faire la chasse aux procurations, après trois courtes années de *dola far niente*.

—Vous êtes injuste, confrère, depuis neuf ans le Bureau a fait de grandes choses.

—Ne vous mettez pas en frais de les énumérer, Docteur, la vie est trop courte. Lisons plutôt le programme du Dr Beausoleil, dans la *Gazette Médicale* de mai 1889, P. 228 :

“ Nouvelle législation pour couvrir les points suivants :

“ Réformer le mode d'examen d'admission à l'étude de la médecine.

“ Compléter le cadre des cours de médecine, par exemple : histologie normale, etc., etc.

“ Division de la province en districts ayant droit de nommer un délégué du Bureau médical, sans intervention de la part des autres districts de la province.

“ Surveillance active de l'exercice illégal de la médecine, dans chaque district.

“ Le patronage du Bureau sera réservé aux médecins licenciés; ainsi le collège aura à nommer un successeur à M. Lamirande, résignataire, pourquoi un médecin ne serait-il pas investi de cette charge, etc., etc. ?

“ Si ce programme n'est pas suffisant, présentez vos suggestions.

“ Avec de l'entente, du travail et de l'organisation, un comité de législation, nommé le 10 juillet serait en état de faire rapport à l'assemblée d'octobre, qui en saisirait la législature à sa prochaine réunion. *Avant un an révolu* la profession médicale de cette province sentirait les bienfaits des réformes qu'elle demande depuis des années.”

Depuis neuf ans M. le Dr Beausoleil a été le *deus ex machina*, a fait la pluie et le beau temps dans le Bureau, et à part l'extension du cadre des études médicales—cadre que Laval avait déjà—ayez la complaisance de me dire quel article de ce programme a été mis en exécution, non pas en douze mois, mais en netif fois douze mois ?

—Diantre ! vous m'embêtez !

—Bien d'autres l'ont été avant vous et le seront encore pour se laisser guider par les phrases creuses des circulaires électorales. Le programme d'aujourd'hui n'est-il pas la seconde édition du programme de 1889 ?

—Je m'incline devant l'évidence, mais revenons au Dr Lachapelle, n'est-il pas le champion des cours de six mois ?

—Vous avez le Dr Lachapelle *on the brain*, et vous lui faites un joli compliment sans le vouloir, car le Bureau actuel a respecté les cours de six mois, les statuts du collège le prouvent. Comme diversion, renouons connaissance avec deux lettres fort épicées, échangées par les Drs Marsil et Beausoleil en 1888.

A une assemblée du Bureau, le Dr Marsil avait proposé, secondé par le Dr Simard : “ Que l'examen à l'étude et à la pratique de la médecine ait lieu le 1er mercredi de juillet chaque année.” Le Dr Beausoleil accusa alors le “ *Vieux lion du Nord* ” de vouloir favoriser une douzaine de confrères de Laval au détriment de ceux de McGill, Bishop et de l'Ecole de Médecine. (G. M. Nov. 1887).

Le Dr Marsil lui écrivit :

“ *Comment aurai-je pu favoriser mes confrères de Laval qui ne voulaient point de faveur de ce genre, puisque tous, tant de Québec que de Montréal, ont voté pour les cours de six mois* ”.....
 “Aussi, ajoute-t-il plus loin, veuillez relire le compte-rendu de notre dernière assemblée et il vous sera facile de constater que pas un seul professeur de Laval, de Québec ou de Montréal, ne s'est opposé aux cours de six mois.”

—Quel étaient alors les représentants de Laval ?

—Les Drs Lemieux et Simard. La réponse du Dr Beausoleil est à citer en entier Je vous signalerai simplement le passage où il affirme que l'Art. XXV du Bill Lachapelle est une manière déguisée d'arriver à faire établir les cours de neuf mois. (*Gaz. méd.*, janv. 1888 P. 38-47.)

—Laissons-là l'histoire ancienne, et parlons de l'amendement Larue-Pérodeau, présenté au Conseil Législatif, lors de la deuxième lecture du Bill médical de la dernière session, n'est-ce pas là une tentative de défranchiser les 4/5 des médecins de la campagne ?

—Mais vous commettez une absurdité en faisant cette affirmation. Voyons : Vous prétendez que les professeurs de Montréal veulent s'emparer du contrôle du Bureau, or ne trouvez-vous pas singulier que, pour atteindre leur but, ils aient commencé par demander à la législature, (appuyés par les médecins les plus éminents de Québec) de laisser à chaque district le soin d'élire son gouverneur ? Car quelle était la teneur de cet amendement. Vous en parlez peut-être, sans en rien connaître ! Voici : en résumé : D'abord aux quatre districts électoraux actuels, il demandait d'en substituer dix-neuf, soit un par chaque district judiciaire, en sorte que les districts, aujourd'hui, pratiquement défranchisés pour n'avoir pas de représentants, vg : Montmagny, Arthabaska, Chicoutimi, Gaspé, (1) auraient eu leur part de représentation. On donnait par là même, le coup de mort aux tendances centralisatrices du système actuel. Ensuite l'amendement disait : “ Le temps de l'élection arrivé, le Régistrateur transmettra au Shérif de chaque District la liste des membres en règle avec le Bureau et après avis donnés, ces derniers se réuniront, au chef-lieu, pour élire le ou les gouverneurs de leur choix.” N'était-ce pas là restituer à la profession sa complète autonomie ? On objecte : les médecins ne pouvant se rendre au chef-lieu se trouvaient alors défranchisés ! Ce serait une excellente chose pour les médecins de se rencontrer une fois tous les trois ans, et ils peuvent fort bien se payer

(1) Ottawa, Châteauguay, St-Jean, etc.

le luxe d'un petit congé triennal. Les notaires ont adopté ce système pour leurs élections, et la meilleure preuve, me disait un des officiers de la Chambre des N. P., qu'il donne satisfaction c'est que presque tous les confrères se font un devoir d'aller voter. Sommes-nous moins soucieux de nos intérêts que les notaires? Puis, pour les élections du Barreau, les avocats de Mégantic et Drummond ne vont-ils pas voter à Arthabaskaville? Ceux de Richmond à Sherbrooke, etc.? et les enterdez-vous se plaindre? Non, c'est une nouvelle dose de poudre aux yeux qu'on nous sert sous cette forme. Enfin, mon cher confrère, une question! Le Bureau actuel inscrit dans son programme. "Division de la Province en districts électoraux." Pouvez-vous me dire comment il s'y prendra pour permettre à tous les médecins de voter? S'il veut adopter le système d'Ontario, pourquoi ne pas le dire? Rêverait-on, par hasard, l'invention de quelque machine à contrôler la volonté populaire? "Timeo Danaos et dona ferentes"

—Je l'avoue, le programme n'est pas très explicite. Cependant, je me réjouirai de la décentralisation de l'agence pour l'exercice illégal de la médecine. Il est temps de nous débarrasser de tous ces charlatans, rebouteurs, etc., qui.....

—Chut! Votre ami, le Dr Beausoleil, n'a-t-il pas dit que l'ignorance des médecins est la cause du charlatanisme? Laissant de côté la question du capital requis pour sustenter cette nuée d'officiers, l'expérience nous prouve leur inefficacité. Ainsi, en 1891, le Bureau avait quatre agents à son service, et leur accordait \$20 dans tous les cas où il réussissait, sans parler de *bonus*. Cet essai a si peu réussi que les agents sont allés où vont les promesses du grand protecteur du corps médical, et, aujourd'hui, non pas un médecin, mais un libraire du nom peu canadien de Déom, cumule les fonctions de bibliothécaire, député-régistrateur, agent-collecteur, etc., etc., tout comme aux beaux jours de M. Lamirande.

—Restons-en là, je vois que vous n'avez aucune confiance dans les promesses du Bureau.

—Aucune! Si le Bureau, c'est-à-dire, ceux qui le contrôlent n'ont pas eu assez de neuf ans pour remplir leurs promesses, exécuter leurs engagements et racheter leur parole, il est permis d'entretenir des soupçons sur leur bonne volonté et leurs capacités administratives. Laissons à d'autres d'inaugurer les réformes demandées par la profession.

"It is time for a change."

Pour copie conforme.

St-Ferdinand d'Halifax.

L. J. O. SIROIS, M. D.

LA LUTTE ÉLECTORALE.



—Eh bien, docteur, comment va la lutte ?

—Mais ça va très bien, très bien.

—Pensez-vous gagner ? Avez-vous beaucoup de procurations ?

—Mais certainement. Nos amis ont répondu avec beaucoup d'entrain à notre appel, et nous ont tous envoyé leur procuration. En réunissant tous les votes qui sont entre les mains du comité de Québec, du comité anglais et de notre comité, nous avons la majorité absolue des votes de la province de Québec. Il y a certains comtés où tous les médecins nous ont envoyé leur procuration, et les 20 districts judiciaires de la province sont tellement anxieux de pouvoir enfin se faire tous représenter suivant leur choix, que c'est à peine s'il y en a trois où nous sommes en minorité. Quant aux médecins des grands centres, Montréal et Québec, ils vont voter en bloc avec nous. Je ne fais exception que pour Trois-Rivières et Sherbrooke, où les opinions sont divisées à causes des intérêts locaux.

—Combien y a-t-il de médecins dans la province de Québec ?

—Tout près de 1400, et non pas 3000, comme on l'a prétendu au Conseil Législatif.

—Alors pour avoir la majorité, il faut que vous ayez en mains plus de 700 procurations ?

—Parfaitement, nous les avons.

—Alors, je vous félicite, c'est un joli résultat, et vous allez pouvoir nous faire donner les élections par districts, que nous demandons depuis si longtemps ?

—Le premier acte du nouveau bureau sera de faire amender la loi dans ce sens, comme il s'y est engagé. D'ailleurs, pratiquement, nous faisons cette année les élections par districts, bien que la loi n'ait pas pu être amendée l'hiver dernier. Voici quelle a été notre organisation. Nous avons dit à tous les médecins de la Province : "Donnez-nous le plus de procurations possibles, puisque nous votons encore sous l'ancien système, afin de nous assurer la majorité. Vous pourrez alors, dans chaque district, vous choisir des candidats, et nous serons en mesure de les faire élire tous avec les votes de toute la Province réunis en un seul bloc contre nos adversaires."

—N'aurait-il pas été possible de laisser chaque district séparément s'organiser lui-même ?

—Au point de vue du choix des candidats, oui ; au point de vue des procurations, non. Comprenez bien que nous luttons contre le

Dr Beausoleil et ses amis, qui voteront pour eux-mêmes, avec toutes les procurations qu'ils auront entre les mains, de quelque partie de la province qu'elles viennent. Il nous faut donc, nous aussi, voter contre eux avec les procurations de toute la province. Seulement, au lieu de voter pour nous avec vos procurations, nous voterons pour chacun des candidats choisis par chacun des districts. Et nous les ferons élire, tandis qu'avec un vote séparé, ils se seraient fait battre par le vote combiné du Dr Beausoleil et de ses amis, comme cela est arrivé au Dr S. Boulet, de Joliette, en 1892.

—Comment cela ?

—Voici comment. Vous savez que le district judiciaire de Joliette comprend les trois comtés de Joliette, L'Assomption et Montcalm. Il y avait dans ces trois comtés, en 1892, trente médecins, dont dix-huit avaient donné leur procuration au Dr Boulet, et six au Dr Lippé, de St-Ambroise. A l'assemblée triennale, le Dr Lippé se retira et remit ses six procurations au Dr Boulet, ce qui faisait pour celui-ci, vingt-quatre voix sur trente. Il était donc, de fait, élu par son district. Mais il avait compté sans le Dr Beausoleil, qui avait dans sa poche 200 et quelques procurations prises dans toute la province, ce qui lui permit de voter pour le Dr Bissonnette, de St-Esprit, et de le faire élire, bien que ce médecin n'eut aucune procuration de son district.

—Mais c'était une injustice.

—Certainement ; ce sont ces injustices-là que nous voulons rendre impossibles en faisant amender la loi de manière que chaque district, seul, choisisse et élise son représentant.

—Vous aurez certainement l'appui de la profession.

—Nous l'avons déjà.

—Mais dites-moi, docteur, est-ce que la province n'est pas déjà divisée en districts électoraux ? Quels seraient les changements que vous apporteriez ?

—Voici. La province de Québec est divisée aujourd'hui, pour les fins d'élections des médecins, en quatre parties :

District de Montréal : 31 comtés.

District de Québec : 18 comtés.

District de Trois-Rivières : 8 comtés.

District de Saint-François : 5 comtés.

Cela forme quatre districts qui ont droit, le district de Montréal, à 12 gouverneurs pour la ville et 9 gouverneurs pour le district ; le district de Québec à 8 gouverneurs pour la ville et 7 pour le district ; le district de Trois-Rivières et le district de St-François à 3 gouver-

neurs chacun. Il n'y a que nous, médecins, qui soyions obligés de faire des élections sur des divisions territoriales aussi énormes, et le résultat, c'est que les centres très populeux, comme par exemple la ville de Montréal (350 médecins) peuvent contrôler par leur vote les 31 comtés du district. C'est pour éviter ce danger, dont nous avons eu des preuves trop fréquentes, que les médecins demandent que la représentation soit répartie par districts judiciaires, et que le vote soit limité à chaque district, de manière à donner une représentation territoriale mieux distribuée et complètement indépendante. Nous aurions alors la distribution suivante :

District de Montréal.

Ville de Montréal—12 gouverneurs.

Districts judiciaires de Beauharnois, de Bedford, d'Iberville, de Joliette, de Montréal, d'Ottawa, de Richelieu, de St-Hyacinthe, de Terrebonne.	}	1 gouverneur dans chaque district et élu par le district.
--	---	---

District de Québec.

Ville de Québec—8 gouverneurs.

Districts judiciaires de Beauce, Chicoutimi et Saguenay, Gaspé, Kamouraska, Montmagny, Rimouski, Québec.	}	1 gouverneur dans chaque district et élu par le district.
--	---	---

District de Trois-Rivières.

Ville de Trois-Rivières.

District de Trois-Rivières. District d'Arthabaska.	}	1 gouverneur chacun.
---	---	----------------------

District de St-François

Ville de Sherbrooke—1 gouverneur.

District de St-François—2 gouverneurs.

Ne trouvez-vous pas cette division plus juste, plus conforme à la géographie politique de notre province, et ne croyez-vous pas que les médecins d'un district judiciaire, se connaissant tous les uns les autres, se rencontrant constamment, dans leurs voyages d'affaires, au chef-lieu, ne seraient pas en état, mieux que qui que ce soit, de choisir et d'élire leur représentant dans le Bureau des Gouverneurs, tout comme ils élisent leur représentant à la Chambre des députés? Le Dr Beausoleil a prétendu que vouloir laisser les médecins des districts judiciaires élire seuls leur gouverneur, ce serait les défranchiser, car ils ne se donneraient pas la peine de se déranger pour voter. C'est nous taxer gratuitement d'incapacité, et croire que nous ne saurions pas nous occuper de nos propres affaires.

—Je suis sûr au contraire que les districts vous secondent avec enthousiasme.

—Evidemment. Quelques-uns, comme le district de Joliette, ont déjà choisi leur représentant, d'autres doivent le faire dans le courant du mois de mai. Les districts qui n'avaient pas de représentants sont surtout heureux de n'être plus ignorés.

Avez-vous l'intention, docteur, d'opposer tous les gouverneurs actuels ?

—Ce n'était pas notre intention. Nous combattons surtout le Dr Beausoleil, dont nous ne voulons pas supporter plus longtemps l'autocratie, et à cause de certains faits qui se sont passés, et que nous raconterons à l'assemblée du 13 juillet prochain. Malheureusement, quelques gouverneurs, ignorant ces faits, ont épousé avec vigueur la cause de leur ami, et nous ont mis dans l'obligation de les combattre aussi.

—Vous savez que le registraire prétend que vous faites une lutte inutile, et que la plupart de vos voteurs ne sont pas qualifiés ?

—Ceci n'est pas exact. Un grand nombre de nos amis se sont qualifiés déjà, et ont droit de vote. Il est vrai que quelques-uns n'ont pas encore réglé leurs contributions annuelles. Nous avons envoyé une circulaire à nos amis qui se trouvent dans ce cas, et comme ils tiennent absolument à voter cette année, la plupart s'empressent de nous répondre en nous envoyant de l'argent et en nous autorisant à régler leur compte pour eux. Ils ne sont pas aussi apathiques que le Dr Beausoleil le prétend, et ils s'empressent de rendre leur vote valable en se qualifiant immédiatement.

—On dit qu'il y en a, cependant, qui doivent de gros montants ?

—C'est vrai. Mais nous avons appris que le Dr Beausoleil réglait des arrérages considérables en ne tenant compte que des cinq dernières années, c'est-à-dire en n'exigeant que \$10. Nous sommes allés le voir et nous l'avons mis en demeure de nous accorder le même privilège. Il s'est déclaré prêt devant deux témoins, de réduire les forts montants d'arrérages à \$10.00 sur présentation d'une demande à cet effet signée par le médecin intéressé. Il possède l'autorisation pour cela, dit-il, du Dr Simard.

—Et l'enregistrement des procurations ? Est-ce que le registraire s'y prête de bonne grâce ?

—Pas tout à fait. Nous lui remettons, chaque semaine, devant témoins, un certain nombre de procurations, qu'il a le droit de garder cinq jours. Il a voulu argumenter sur certains détails, et soulever des objections ; nous lui avons prouvé que nous étions aussi

bien renseignés que lui, et il a cru préférable, plutôt que de se mettre dans son tort, de s'exécuter.

Et les procurations en double ?

—Nous savons que le Dr Beausoleil prétend avoir un grand nombre de nos procurations en double. D'après les déclarations que nous avons demandées à nos amis, la chose est impossible. Il peut en avoir quelques-unes, mais pas un grand nombre comme il le prétend. Si le Dr Beausoleil refuse d'enregistrer nos procurations, nous verrons à ce que nos amis ne soient pas défranchisés, ou forcés de voter dans un sens contraire à leur volonté. Nos amis désirent voter avec nous et viendront voter eux-mêmes à l'assemblée si c'est nécessaire.

—Alors, la lutte est sérieuse ?

—Elle est très sérieuse, et nous y sommes pour gagner. Que tous nos amis veuillent bien seulement se qualifier le plus tôt possible, tout de suite s'ils le peuvent, et nous envoyer leur reçu ; nous nous chargeons de faire enregistrer leur procuration. D'ailleurs les secrétaires des différents comités sont en ce moment en correspondance active avec tous nos amis.

—Vous faites là un travail énorme, et je vois que vous avez confiance dans le résultat.

—Nous sommes sûrs de la victoire. Nous avons entre les mains la majorité des procurations. Tous nos amis se font un devoir de se qualifier, et de rendre ces procurations valables. Quant à leur enregistrement, le Dr Beausoleil, registraire, n'a pas des pouvoirs aussi étendus qu'il veut bien le prétendre, pour donner confiance à ses amis.

ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT DE JOLIETTE.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que les médecins du district de Joliette, réunis en assemblée le 3 mai courant, ont réorganisé l'*Association Médicale du District de Joliette* et nommé les officiers suivants : Dr A. M. Rivard, de Joliette, président ; Dr J. A. Beaudry, de St-Jacques, vice-président ; Dr Bernard, de Joliette, secrétaire ; Dr Lippé, de St-Ambroise et Dr Magnan, de Joliette, membres du comité de régie. A cette même séance, il a été proposé par le Dr J. O. Beaudry, de St-Jacques, et résolu à l'unanimité, que le Dr M. S. Boulet soit choisi pour représenter le district de Joliette, dans le prochain bureau des gouverneurs.

BIBLIOGRAPHIES

Fr. GROSS.—**Nouveaux éléments de Pathologie chirurgicale générale**, par Fr. GROSS, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. ROHMER et A. VAUTRIN, professeurs agrégés. 2 vol. in-8 de 700 pages.—Prix..... 14. fr.

M. le professeur GROSS, de Nancy, qui a présidé avec tant de succès le dernier Congrès français de chirurgie, vient de publier des *Eléments de pathologie chirurgicale générale* (2 vol.), qui étaient attendus avec impatience et viennent compléter les *Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales* (3 vol.), parus récemment et si favorablement accueillis par les étudiants et les praticiens.

Lorsque parurent les *Eléments de Pathologie et Clinique chirurgicales* de MM GROSS et VAUTRIN, nous avons dit tout le bien que nous pensions de cette publication ; cet ouvrage se faisait remarquer par son style sobre et concis, ses chapitres riches en faits et surtout par le soin que les auteurs avaient pris de tenir leur travail au courant de toutes les publications les plus modernes. C'était là une qualité indispensable aujourd'hui qu'un livre vieillit si vite, surtout en chirurgie.

Ce nouvel ouvrage est une suite heureuse aux trois volumes de pathologie et de clinique chirurgicales, des mêmes auteurs, que connaissent tous les étudiants et praticiens. On sait avec quel soin en sont étudiés les différents chapitres et quelle difficulté les auteurs ont dû éprouver pour réunir une bibliographie aussi complète : le nouvel ouvrage ne le cède en rien au précédent, nous estimons même que la lecture s'en impose d'autant plus que les notions de pathologie chirurgicale générale tendent à être délaissées par les étudiants, qui se lancent d'emblée—et avec un grand dommage pour eux—dans l'étude des maladies chirurgicales spéciales.

Le premier volume comprend l'étude des lésions traumatiques pratiquées par les agents extérieurs et celle des tumeurs, dues toutes deux à M. GROSS ; M. VAUTRIN y a traité des maladies septiques et virulentes.

Le deuxième volume est consacré aux affections chirurgicales de la peau et du tissu sous-cutané—des vaisseaux et ganglions lymphatiques,—des nerfs,—des vaisseaux sanguins,—des muscles, tendons, synoviales tendineuses, bourses séreuses des os—et des articulations.

Chaque question est étudiée longuement, sans parti pris, ce qui n'est guère l'habitude, les auteurs n'imposent pas leurs théories et laissant au lecteur le droit de choisir. Aussi pensons-nous que, non seulement l'étudiant, mais aussi le praticien le consulteront avec fruit, le succès de l'ouvrage ne faisant pour nous aucun doute.

Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.