

**PAGES**

**MANQUANTES**

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Des brûlures.

Par le DR. S. GÉO. PAQUIN. PORTNEUF.

---

Les lésions multiples produites par l'application du calorique concentré ou des agents chimiques sur les tissus vivants sont appelées *Brûlures*. Suivant qu'elles sont plus ou moins intenses, ces lésions sont caractérisées par des taches érythémateuses, par des vésicules, des bulles et par des eschares.

Sans tenir compte de l'étendue en surface sur laquelle le calorique a agi, les chirurgiens ont établi différents degrés dans les brûlures, et cela, d'après les profondeurs de la lésion produite par l'action du calorique dans les tissus. Mais comme les auteurs ont considéré les brûlures sous divers points de vue, il s'ensuit une certaine différence de classification dans les divers degrés de ces lésions. Ainsi, les anciens chirurgiens, Heister en tête, admettaient trois degrés ; c'est cette classification qui est encore adoptée en Allemagne pour des raisons qui ne sont pas d'ordre absolument scientifique.

Boyer, Thompson, Fabricius, Hildanus ont aussi divisé les brûlures en trois degrés :

1<sup>o</sup> Les brûlures qui produisent une inflammation superficielle de la peau ; inflammation qui, bien que laissée à elle-même manifeste cependant une tendance à la guérison.

2<sup>o</sup> Les brûlures qui en brisant la peau sont cause de suppuration.

3<sup>o</sup> Les brûlures où il y a plus ou moins grande destruction de la vitalité ou de l'organisation des tissus avec formation d'eschares.

A la division de Boyer etc, d'autres auteurs, tel que Cullisen, etc., ajoutent un quatrième degré ; ce sont les brûlures qui n'occasionnent pas nécessairement la suppuration à la surface de la peau, mais une ulcération précédée ou accompagnée d'une eschare. La suppuration n'est pas toujours une conséquence inévitable de la vésication dans les brûlures, bien que cependant c'en soit une des plus communes et des plus fâcheuses.

“ Dans quelques cas très graves, dit Cooper, elle apparaît le deuxième ou le troisième jour et même avant cela ; elle se montre souvent sans aucune apparence d'ulcération, dure plus ou moins longtemps et cesse pour former une nouvelle couche tégumentaire. D'autres fois, dit encore le même auteur, il se forme de petites ulcérations sur la surface et les bords de la brûlure, ces ulcérations s'étendent de plus en plus bien que cependant les granulations qui se forment sous elles aient une très belle apparence.”

Dupuytren fait remarquer que dans la classification des brûlures, les chirurgiens n'ont considéré que l'intensité des effets de la brûlure sans fixer leur attention sur la nature des organes qui en sont le siège, et non les tissus affectés ou détruits. De plus, la chaleur qui n'a agi d'abord que sur la peau avec plus ou moins d'effets peut certainement produire des effets de plus en plus extraordinaires à mesure qu'elle agit sur les tissus profonds.

C'est pour cette raison que Dupuytren a classifié les brûlures en six degrés, et aujourd'hui cette classification est admise sinon par la totalité, du moins par le plus grand nombre des chirurgiens.

Dans ce travail, nous suivrons cette division en six degrés établie par Dupuytren.

*Premier degré.*—Erythème ou flogose superficielle sans production de vésicules.

*Deuxième degré.*—Inflammation plus intense de la peau et phlyctènes.

*Troisième degré.*—Gangrène d'une partie de l'épaisseur du derme.

*Quatrième degré.*—Destruction de toute l'épaisseur du derme.

*Cinquième degré.*—Gangrène du derme et des tissus sous-dermiques jusqu'à quelque distance des os.

*Sixième degré.*—Carbonisation de toute l'épaisseur du membre ou de toute la partie brûlée.

Ainsi les deux premiers degrés ne présentent qu'une inflammation plus ou moins forte de la peau, tandis que dans les quatre autres degrés il y a formation d'une eschare plus ou moins épaisse qui vient à se séparer des tissus vivants par l'inflammation éliminatrice, puis la surface mise à nu suppure pendant quelque temps et enfin se cicatrice.

Les premiers peuvent se montrer isolément, mais il est commun de voir les brûlures profondes présenter sur leurs limites les lésions des premiers degrés. (Fort).

Les brûlures sont produites par le calorique rayonnant, les liquides chauds, la flamme, les métaux chauffés ou en fusion, l'électricité, les rayons X, enfin tous les corps solides, liquides ou gazeux renfermant un excès de calorique. Les corps solides produisent des brûlures d'autant plus intenses qu'ils sont élevés à une plus haute température, qu'ils sont plus denses et meilleurs conducteurs de la chaleur, que leur application médiate ou immédiate est prolongée pendant un temps plus considérable. Quelques substances dont la combustion est rapide et qui entrent en fusion en brûlant, comme le phosphore, le soufre, les résines, etc., etc., produisent dans un temps très court des brûlures très larges et très profondes.

Il en est de même des agents chimiques qui agissent en désorganisant les tissus.

Tous les liquides ne brûlent pas avec la même violence, ceux qui sont susceptibles de s'élever à un très haut degré de température en bouillant et qui ont le plus de tendance à adhérer à la peau, sont les plus dangereux : tels sont les bouillons gras, les huiles, le suif, le sirop, etc., etc.

Les brûlures occasionnées par l'alcool, l'éther, explosion de la poudre à canon, etc., sont souvent très larges, mais elles sont ordinairement superficielles : ce qui les rend moins dangereuses.

Les coups de soleil ne sont que des brûlures au premier ou au deuxième degré.

Les coups de chaleur sont des phénomènes morbides plus complexes qui quelques fois sont très graves, et causent la mort en quelques heures et même subitement. Enfin on a désigné sous le nom de brûlures spontanées ou de combustion spontanée des altérations analogues à celles occasionnées par le calorique mais dont le centre de production est encore aujourd'hui fort obscur, pour ne pas dire inconnu. Combustion que l'on croit dépendre d'un état particulier de l'organisme. Quelques auteurs prétendent que pour que cette combustion ait lieu, il faut que le corps ou le tissu se trouve en contact avec une lampe ou une bougie ou une matière quelconque en ignition. D'autres pensent au contraire que la combustion peut ne dépendre que de causes internes.

Toutefois est-il que dans ce mode de combustion, le corps brûle avec une flamme bleuâtre que l'eau active au lieu de l'éteindre. Tous les tissus réduits en cendres à l'exception de quelques pièces osseuses, ne laissent pour résidus qu'une matière grasse, fétide, une suie puante, pénétrante, un charbon croquant et léger.

Les symptômes varient avec les degrés de la brûlure et nous distinguons trois sortes de symptômes :

- 1° Les symptômes *locaux* ;
- 2° Les symptômes *généraux* ;
- 3° Les symptômes *particuliers* au siège de la brûlure.

Les symptômes du *premier degré* sont caractérisés par une douleur vive, une chaleur cuisante, une rougeur plus ou moins prononcée, mal circonscrite, disparaissant momentanément sous la pression du doigt. Cette rougeur diffuse est accompagnée d'un léger gonflement des parties affectées. Ces symptômes locaux ne durent que quelques heures, mais peuvent aussi se prolonger pendant plusieurs jours ; dans ce dernier cas l'épiderme se dessèche et se détache ordinairement sous la forme de petites squames.

Si ces brûlures sont de peu d'étendue et limitées à la peau, elles n'occasionnent aucun désordre dans les fonctions organiques, mais, au contraire si elles affectent une grande étendue, on voit survenir l'agitation, l'insomnie, le délire, le coma et quelquefois même la mort.

Les coups de soleil sur les mains, le visage, le cuir chevelu et le cou peuvent produire ces brûlures. On les voit encore se manifester lentement et graduellement sur les jambes et les cuisses des vieillards, qui, pendant l'hiver exposent fréquemment ces parties à l'ardent d'un foyer.

Le Dr Alibert a désigné sous le nom d'*éphélides ignéales*, ces brûlures au 1<sup>er</sup> degré qui se montrent sous la forme de taches rouges-brun qui sont toujours apyrétiques. Répétées souvent au même endroit, elles occasionnent un épaississement de la peau qui devient brune, dense et plus ou moins insensible, ce qui fait que la partie affectée peut supporter sans inconvénient une chaleur bien plus grande.

Les forgerons par exemple peuvent impunément tenir dans leurs mains pendant un temps assez long des morceaux de fer contenant assez de calorique pour produire une brûlure au 1<sup>o</sup> degré chez une autre personne.

L. A. Fort, de Paris, dit que les brûlures dues au rayonnement prolongé du calorique font fendiller la peau et sont cause de varices dans les vaisseaux capillaires. De même M. Briquet a remarqué chez des individus exposés au calorique rayonnant, que le réseau vasculaire était très dév loppé, les veines élargies et environnées de tissu cellulaire imbibé de sang formant sur la peau des marquerettes lozengiques.

Les brûlures du *deuxième degré* sont toujours dues à l'action d'une chaleur plus intense ou à son application plus prolongée. Dupuytren a

appelé ces brûlures *vésiculeuses* et *bulleuses* parcequ'immédiatement après l'action du corps brûlant, surtout si c'est un liquide, il se forme des vésicules et des bulles.

De nouvelles vésicules se forment ensuite successivement autour des premières, celles-ci deviennent plus grosses à mesure que l'inflammation augmente autour d'elles ; une sérosité limpide, transparente, quelquefois couleur citrin et trouble remplit ces vésicules. Autour de ces phlyctènes il existe de la rubéfaction, cette peau rouge est tendue ; la douleur est âcre, mordicante. Si les vésicules se brisent et que l'air y pénètre, une douleur plus aiguë se fait sentir.

Quelquefois l'épiderme se dessèche, s'affaisse, se détache laissant à nu une fausse membrane à la surface du corps réticulaire inflammée, et si le cas est bien traité et que la brûlure ne soit pas très grande, il se forme un nouvel épiderme. D'autres fois l'inflammation se développe dans les couches internes du derme, il y a sérosité sanguinolente, suppuration et la guérison s'effectue rarement sans laisser une cicatrice.

Dans le 3<sup>ème</sup> degré de la brûlure, il y a destruction du *rete mucosum* et des papilles de la peau. Les phlyctènes sont remplies de sérosité sanguinolente ou brunâtre. Cette teinte de la sérosité peut suivant certains auteurs être utile à faire le diagnostic. Si on brise les phlyctènes, on voit qu'elles ont un fond grisâtre et mollasse. La surface brûlée peut quelquefois présenter d'en blanc, une plaque grisâtre, jaunâtre ou brunâtre déprimée, insensible à la pression. La douleur est plus vive, plus âcre et plus cuisante mais elle dure moins longtemps que dans le premier degré ; cela est probablement dû à la destruction des nerfs durant la combustion. "Dupuytren dit que pour faire un bon diagnostic il est très important de remarquer que bien que toute brûlure s'accompagne de douleurs très aiguës, cependant cette douleur est moins vive quand le calorique a agi sur les tissus profonds que lorsqu'il n'a touché que les léguments superficiels."

Après quelques jours, la suppuration s'établit, l'eschare se détache soit en masse ou seulement par fragments puis il se forme une cicatrice blanche et unie. Ici, il n'y a pas de difformités. C'est à ce degré de brûlure qu'appartiennent celles causées par la conflagration de la poudre. Les eschares sont noires mais cela est dû à la substance comburante. Hardy fait remarquer que lorsque la brûlure intéresse une grande étendue, l'inflammation peut se propager au loin, devenir excessive et se terminer par la gangrène.—

Les caractères suivants font constater une brûlure au 4<sup>ème</sup> degré. Destruction de tout le derme, car ici la substance comburante a agi un temps considérable sur les tissus ; la douleur dure peu de temps, les eschares se présentent sous l'aspect d'une plaque sèche, jaunâtre ou brunâtre déprimée et tout à fait insensible à la pression ; cette plaque est entourée de plis rayonnants des téguments voisins. Suivant Cooper, la dureté et la densité de l'eschare est en proportion de sa colorisation noire. L'eschare tombée, il se forme des bourgeons charnus et suit la cicatrisation. Dans ce degré il y a rétraction des tissus et difformités : Il peut aussi y avoir des adhérences anormales —

Les brûlures du 5<sup>ème</sup> degré ne diffèrent des précédentes que par la destruction des tissus à une plus grande profondeur et surtout en ce qu'elles sont sujettes à des conséquences beaucoup plus graves. Ici, les muscles, les nerfs et les tendons ont été brûlés ; l'eschare est sèche, dure, sonore, noire et surtout plus profonde. Si parfois les eschares sont molles ou que la brûlure est due à un liquide en ébullition, elle ne forme qu'une masse grisâtre, insensible dans laquelle on fait facilement pénétrer le doigt sans produire aucune douleur. L'inflammation éliminatrice est plus intense, la suppuration plus longue et plus abondante, la chute des eschares est retardée par les hémorrhagies, enfin la cicatrice sera très difforme, creuse et adhérente aux parties profondes. Tout pouvoir dans le mouvement du membre est irrévocablement perdu.

Enfin la carbonisation de tout un membre ou partie d'un membre nous donne la brûlure du 6<sup>ème</sup> degré : Ici, tout le membre est devenu insensible, dur, sonore, cassant, léger et exhalant une odeur de matières animales grillées.

Les brûlures superficielles ou profondes mais peu étendues se compliquent rarement de phénomènes morbides généraux.

Par contre, toutes les fois que la brûlure affecte une surface considérable de la peau, il survient des symptômes généraux qui ont été divisés par les auteurs en trois périodes.

La première période, de *congestion interne* ou de *prostration* ou de *douleur*, dure 48 heures. La prostration succède à une grande douleur ; cette douleur est quelquefois si intense qu'elle produit une commotion de tout le système nerveux, un espèce d'ébranlement si considérable qu'elle peut tuer immédiatement le sujet, le jeter dans un état de stupeur plus ou moins profond ou encore dans un état d'égarement nerveux. Aussi le malade peut mourir dans cette période, et, c'est le plus souvent. M Fort dit que

la 2ème période est la plus dangereuse et la plus fatale, d'autres prétendent que la mort a toujours lieu par colapsus.

Les autres symptômes de cette période sont les suivants ; pouls petit, dur et fréquent : frissons dûs à la congestion des organes internes, cerveau et ses membranes, poumons et reins ; les extrémités sont froides et le malade meurt quelques heures après l'accident.

Le Dr Serrurier rapporte un cas de brûlure du 2ème au 3ème degré suivi de mort au bout de 12 heures. Le Dr Beaudry rapporte aussi le cas d'une jeune fille auprès de laquelle il fut appelé immédiatement après l'accident ; cette malade mourut en 6 heures d'une brûlure du 2ème au 3ème degré.—

La seconde période appelée période d'*inflammation* ou de *réaction* commence du 2ème au 5ème jour et dure 7 à 8 jours. Il y a une fièvre d'intensité variable, accélération du pouls, chaleur de la peau, anorexie, céphalalgie, anxiété, agitations et quelquefois convulsions. Une sueur froide couvre le corps et surtout la face ; le visage se décompose ; les urines sont rares et rouges. Il y a en même temps soit ardenie et ténésme vésical qui fait beaucoup souffrir le malade.

C'est dans cette période qu'on rencontre l'inflammation des viscères abdominaux. En effet, c'est à cette phase de la maladie que surviennent les ulcérations au niveau du duodénum qui tuent le malade par perforation intestinale ou par hémorrhagie.

La 3ème période est caractérisée par la *suppuration* qui, par sa persistance peut tuer le malade par épuisement. En effet, si le malade a échappé au danger des 2 premières périodes, il n'est pas encore sauvé, car la suppuration l'étreint et le jette dans le marasme.

Le malade peut succomber à des phlegmasies consécutives des membranes muqueuses gastro-intestinales, pulmonaires, etc, " On a même vu dit le Dr Hardy, plusieurs de ces malades mourir au moment où leurs plaies étaient presque entièrement cicatrisées. "

Que nous révèle l'examen *post mortem* des individus morts de brûlures ?

Outre les altérations de la peau et des tissus, décrites ci-dessus, on a trouvé des épanchements sanguinolents et purulents dans les articulations des membres brûlés. On a constaté des congestions sanguines dans le cerveau, des traces d'inflammation dans les membranes séreuses et plus souvent encore dans la muqueuse gastro-intestinale.



D'après Dupuytren, un individu qui meurt entre le 3<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour présente toujours à l'autopsie des signes non équivoques de gastro-entérite, d'affection inflammatoire du cerveau, des poumons et des reins

Cooper cite le cas d'un jeune homme de 15 ans, mort d'une brûlure à l'hôpital de Londres, dont l'autopsie a laissé voir des congestions considérables des muqueuses, aussi des épanchements de sérosité sanguinolente dans les ventricules du cerveau, ainsi que dans la poitrine. Cooper cite encore le cas d'un enfant de 3 ans mort un mois après avoir été la victime d'une brûlure au 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> degré, et dont l'autopsie a révélé des dépôts de pus dans les poumons; la membrane muqueuse intestinale était rouge et ulcérée, enfin les glandes mésentériques étaient considérablement augmentées de volume.

Les causes, c'est-à-dire les brûlures qui ont produit les taches érythémateuses, les vésicules, les bulles et les eschares, sont de leur nature un moyen capital pour nous renseigner et nous les faire distinguer des mêmes manifestations rencontrées dans le pemphigus et dans d'autres maladies de la peau. Les brûlures doivent aussi être distinguées des rougeurs, vésications et des eschares que produit l'ammoniac plus ou moins dilué. Enfin les rougeurs dues à un sinapisme, les bulles déterminées par un vésicatoire, les eschares grisâtres et noirâtres qu'engendrent la pierre à cautère et l'acide sulfurique; les eschares jaunâtres causées par l'acide nitrique; les eschares bleues observées chez les blanchisseuses qui se brûlent avec le bleu de composition.

Un chirurgien circonspect et expert saura distinguer les véritables brûlures en se rendant bien compte des apparences particulières, de l'histoire du cas et des causes qui ont amené ces différentes affections.

Quelquefois cependant, le diagnostic offre certaines difficultés; ainsi le professeur Hardy avoue avoir lui-même été trompé en traitant un malade rhumatisant à l'hôpital de la Charité à Paris; ce malade portait des marques de nombreuses brûlures sans pourtant avoir perçu aucune sensation de chaleur pendant qu'il était soumis à des bains de vapeur.

Dans le diagnostic des brûlures, il faut encore se garder de formuler une décision trop précipitée et trop absolue, car nous serons déçus, parce que telle brûlure qui de prime-abord semble du 2<sup>o</sup> degré, et qui après une érosion épidermique au niveau brûlé, laisse écouler une certaine quantité de sérosité, sans production de phlyctènes avec persistance de la pâleur des

tissus voisins, sera certainement une brûlure du 4<sup>o</sup> degré. La prudence, l'expérience et le tact du chirurgien sont absolument requis pour formuler un diagnostic juste et précis qui lui permettra de se prononcer d'une manière décisive et sans crainte de déception sur le pronostic qui porté trop précipitamment réserve bien des déboires et des ennuis.

Peut-on en effet quelques instants après une brûlure diagnostique, son degré ? La chose semble toute simple quand on a à la mémoire les descriptions classiques de Dupuytren. Mais il faut tenir compte que le *feu creuse* et que telle brûlure qui d'abord semble du premier degré est en réalité plus profonde et entraîne de très vastes pertes de substance. Je le répète soyons donc prudents et circonspects.

Quant au pronostic, il sera d'autant plus facile qu'un bon diagnostic aura été formulé.

Le Dr Daniel Mollières dit : " Mieux vaut souvent un bon pronostic qu'une cure merveilleuse, pour la bonne renommée d'un praticien, car les erreurs dans le pronostic sont celles qu'on pardonne le moins. "

Voiri un brûlé qui ne présente aucune phlyctène sur la surface atteinte, on ne voit qu'un peu de rougeur, et, tout autour du point qui est un peu plus rouge, les téguments sont plus pâles. Quelques heures plus tard apparaîtront les phlyctènes ; elles seront discrètes d'abord, surtout si au niveau de la brûlure il y a en outre un certain degré de traumatisme détruisant l'épiderme en un point limité là où la chaleur l'a désorganisé. C'est ce qui s'observe dans les brûlures avec des acides, surtout l'acide nitrique, le pétrole, les huiles minérales et inflammables.

Dans ces cas, le pronostic doit toujours être très réservé. Le *feu creuse* et cela par deux mécanismes :

1<sup>o</sup> Parceque les parties brûlées deviennent elles mêmes brûlantes et agissent sur celles qui sont plus profondément situées. C'est par le même mécanisme que les eschares produites par les substances chimiques brûlantes deviennent elles-mêmes escharifiantes en se saturant de caustiques, comme la partie brûlée se sature de chaleur.

2<sup>o</sup> Le *feu creuse* quand la brûlure est au 3<sup>o</sup> degré parceque le corps muqueux de Malpighy est détruit. Or il est une loi en pathologie cutanée dont les chirurgiens ont depuis longtemps constaté l'exactitude, c'est que : " *La destruction du corps de Malpighy est l'arrêt de mort du derme.* " Cette loi formulée par le Dr Kuss trouve une de ses preuves les plus convaincantes dans l'histoire des brûlures.

Il faut donc être réservé quand on voit une peau presque normale sur le corps d'un brûlé.

En formulant son pronostic, il faut qu'il soit en raison de l'étendue, de la profondeur et de la situation de la brûlure ; de la nature, de la cause qui l'a produite ; enfin de l'âge et de la constitution du patient. Les sujets jeunes, forts, robustes et sanguins sont plus que les autres exposés aux mauvais effets d'une inflammation considérable.

Les brûlures sont très dangereuses chez les vieillards, les enfants et les sujets très irritables.

Une brûlure de la tête est toujours très grave, car elle peut se compliquer d'inflammation érysipélateuse, ou bien on voit survenir de ces ophthalmies intractables, de ces opacités de la cornée et quelquefois même la destruction totale de l'œil.

Les brûlures du tronc et surtout celles des parois de l'abdomen sont plus graves que celles des membres.

Cependant on a vu des brûlures des pieds et des mains donner lieu au développement du tétanos.

Le pronostic dépend encore de la violence de la douleur, de la réaction inflammatoire, de l'abondance et de la durée de la suppuration.

On a encore, au point de vue légal, à se prononcer sur la gravité d'une brûlure et sur ses conséquences dans la prévision de ces rétractions cicatricielles tardives, dont il est difficile de prévenir les limites, mais qui sont toujours plus considérables qu'on ne l'aurait pu supposer d'abord ; de ces difformités consécutives qui quelquefois sont si déplorables que l'amputation des membres est le seul moyen de les faire disparaître.

Il y a encore bien d'autres accidents qui sont dus à des phénomènes reflexes et dont on devra tenir compte en faisant le pronostic. Ainsi, outre ceux mentionnés se rapportant à la congestion du cerveau, du poumon, des intestins et des reins, il y a l'épilepsie qui souvent a été notée, de même que l'asthme et l'angine de poitrine.

“ Ce dernier accident, dit le Dr D Mollières, est loin d'être rare et vous êtes absolument désarmés pour le combattre. ”

Voilà comment on aura, pour le présent et pour le futur, à faire la part du feu.

Avant de parler du traitement des brûlures, il est bon de dire comment se terminent ces lésions.

La guérison est variable suivant le degré et l'étendue de la brûlure.

Une brûlure au coude doit être bien surveillée à cause de la cicatrice

qui peut durer longtemps et entraîne une grande difformité.

Une brûlure peu étendue se termine le plus souvent par la guérison.

Quand elle est considérable, on voit les malades mourir rapidement, mourir peu de temps après leurs brûlures, ou plus tard, présenter certains accidents généraux graves dont l'interprétation est longtemps restée obscure.

Les brûlés meurent au moment de la brûlure ou le lendemain avec des phénomènes thoraciques et abdominaux ou avec les deux.

La mort peut être le résultat de congestions cérébrales, viscérales, de troubles nerveux profonds, de péritonite par perforation, ou encore d'épuisement produit par la suppuration.

Le Dr Molières dit que : " Les brûlés qui meurent par phénomènes réflexes meurent asphyxiés, car ce n'est pas seulement en supprimant les fonctions cutanées qu'agissent les brûlures, il y a l'action réflexe sur le système nerveux, le grand sympathique. "

Quelles conséquences pratiques allons-nous tirer de ces considérations ?

Quel traitement devons-nous préconiser ?

Il n'est guère d'affection, où de tout temps les opinions des chirurgiens ont été plus opposées que lorsqu'il s'est agi des brûlures. De tout temps elles ont été, et, aujourd'hui encore, elles sont un sujet d'*empirisme*. De tout temps un nombre infini de moyens ont été préconisés, sont tombés dans l'oubli, pour faire place à d'autres moyens qui vantés dans le début ont à leur tour été supplantés et remplacés par d'autres. Il ne manque pas de moyens rationnels que l'expérience a prouvé être excellents. Appuyé sur le témoignage de chirurgiens compétents et expérimentés, et aussi sur l'expérience acquise durant près de 20 années, je m'empresse de dire que pour bien traiter les brûlures, on doit remplir cinq indications bien importantes, parceque ces lésions passent par différents degrés, différentes conditions qui peuvent présenter les complications les plus diverses.

Ces indications sont :

1<sup>o</sup> Provoquer la réaction, calmer le système et la douleur.

2<sup>o</sup> Limiter l'inflammation consécutive :

3<sup>o</sup> Accélérer l'élimination de l'eschare et favoriser le développement de granulations.

4<sup>o</sup> Modérer la rétraction du tissu et empêcher l'ankylose ;

5<sup>o</sup> Supporter les forces du malade contre l'effet débilitant des souffrances prolongées ; ce qui est souvent le cas après que le patient a échappé aux premières conséquences de l'accident.

Pour remplir les très indications on combine les stimulants avec les anodins. Ericksen conseille d'administrer la plus forte dose la première, par exemple : on peut donner 40 à 50 gouttes de laudanum dans deux onces de brandy chaud, en une seule dose. Deux heures après on peut administrer 10 minimes de laudanum répétées ensuite toutes les demi-heures tant que la réaction ne se fait pas.

Pour favoriser cette réaction, si elle est lente à se faire, les Dr Gross, Landry, Ericksen, conseillent la morphine en injections hypodermiques. Si la dépression est excessive on devra en outre se servir d'injections stimulantes et frictionner l'épine dorsale avec quelques lotions irritantes.

Chez l'enfant et le vieillard, il faut avoir soin de ne pas provoquer une réaction trop rapide; il faut donner l'opium avec précaution de crainte que l'excitation subséquente ne soit trop forte pour le cœur et le cerveau peu propre à cet âge à supporter de fortes réactions, et occasionner quelque effusion.

A mesure que la réaction s'opère, on cesse graduellement les stimulants en commençant par les plus énergiques.

La 2ème indication est de modérer l'inflammation. Ici, on a proposé bien des moyens, sans beaucoup s'entendre. Les uns v. g. Bell, Sir James Earle, Mollères, Hardy, Thompson, etc, ont préconisé les applications froides; d'autres recommandent les applications chaudes, d'autres sont en faveur des lotions, etc. Ce qui est certain, c'est que le malade se trouve bien aujourd'hui d'un certain remède et pour un autre jour ce sera un autre remède, v. g. applications froides dans un temps et chaudes dans un autre. " Il y a une grande différence, dit le Dr Landry chez les différents sujets dans la tolérance pour tel ou tel remède. "

Les applications froides conviennent surtout aux sujets très jeunes, robustes, durant les chaleurs de l'été : mais même alors dit un auteur, on ne doit les employer qu'avec beaucoup de précaution de crainte qu'elles n'occasionnent des congestions internes.

Le professeur Hardy traite les brûlures erythémateuses de la manière suivante; immédiatement après l'accident, dit il, on plongera, si cela est possible, la partie brûlée dans de l'eau froide ou glacée, puis on la couvrira avec des linges qui en seront imbibés et continuellement humectés, puis le tout sera maintenu par un bandage compressif.

Peu le Dr Daniel Mollière dit que le seul traitement immédiat, c'est la *réfrigération* et le *bain froid*. " Cela, dit il, a pour but de neutraliser

immédiatement l'action de la chaleur et d'empêcher le *feu de creuser*". On n'a que rarement l'occasion de le mettre en pratique, car le plus souvent plusieurs heures se sont écoulées entre le moment de la brûlure et celui où le chirurgien voit le brûlé.

Outre l'eau froide, on peut se servir d'esprit de vin et d'eau, ou encore d'une solution froide d'acétate de plomb et les mêmes applications peuvent être employées chaudes en ayant soin toutefois que la transition soit graduelle.

Quand au traitement de la brûlure, il demande beaucoup de temps et de patience. Il faudrait bien des heures pour énumérer toutes les méthodes qui ont été proposées; telles que lotions, onguents, applications sèches, et applications humides etc. etc. Malgré tous les progrès de la méthode antiseptique, dit Mollières, je crois que ce qui vaut encore le mieux est le classique *liniment oléo calcaire*.

Il va sans dire que c'est par ses propriétés antiseptiques (chaux) qu'il agit; il répond en outre, à l'indication d'isoler les surfaces brûlées de l'air dont le contact est toujours douloureux; il doit enfin avoir pour complément un gros revêtement d'ouate antiseptique. (*Lyon Médical*).

Le liniment oléo calcaire se compose de parties égales d'eau de chaux et d'une huile quelconque, v. g. huile de lin, huile d'olive ou huile de ricin.

Le Dr Morris, de Baltimore, place son patient dans un lit de "*bran*" de manière à ce qu'il en soit tout recouvert; ainsi quand une couche de bran est tombée, une autre la remplace.

Voici la composition du pansement qu'il applique pendant que son malade est sous l'influence du chloroforme :

|                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| R. Liquor sodae Chlorinatæ..... | oz. i     |
| Aquæ .....                      | lb. j     |
| Morphine sulphat .....          | gr. iiij. |

que l'on applique au moyen d'un linge ou de la charpie, ou encore :

|                        |            |
|------------------------|------------|
| R. Acid. Carbolic..... | dr. 1 à jv |
| Morph. Sulph.....      | gr. ij     |
| Ol. Olivæ.....         | oz. iv     |

que l'on applique avec de la ouate.

—Lorsque toute l'épaisseur de la peau a été détruite, le professeur Dugas recommande beaucoup la solution de Labaraque pour arrêter ou du moins, diminuer les douleurs et prévenir la suppuration. Ainsi :

R : Ol. Lini..... oz. viiiij  
 Liq. Labarague..... oz. i

appliqué avec de la charpie, que l'on enlève 24 à 48 heures après afin de ne pas détruire le cuticule qui s'est formé.

On a recommandé encore dans les brûlures simples, lorsque la surface n'est pas dénudée, la teinture d'iode étendue d'eau.

On a encore préconisé et beaucoup vanté la *peinture blanche* du Dr Gross.

R : Plombi Carbon..... oz. ij  
 Ol. Lini..... Q. S.

Il n'y a aucun danger d'empoisonnement par le plomb.

D'autres préfèrent le sous-nitrate de Bismuth mêlé dans un mortier à une quantité suffisante de glycérine pour en faire une peinture qu'on étend libéralement avec un pinceau et qu'on recouvre avec de la ouate revêtue d'un bandage.

Les chirurgiens de Boston recouvrent la partie brûlée avec du mucilage de gomme arabique, puis ils saupoudrent de Bismuth ou de la magnésie; le tout forme une excellente couche protectrice à la surface dénudée.

On peut encore se servir de l'application suivante.

R : Ol. Ricini..... oz. ij  
 Collodion..... oz. j

Mais le Dr Théodore Bilroth dit ne pas avoir été satisfait de l'emploi du collodion vu qu'il se fendille et que la peau devient sensible et douloureuse. Il préfère la solution de nitrate d'argent, gr. x à l'once d'eau appliquée d'une manière continue jusqu'à la chute des eschares. La cicatrisation s'opère ensuite au moyen de la compression avec des bandes de diachylon.

On emploie encore le bandage en caoutchouc de Benton, mais ce traitement demande de la patience et de la persévérance.

Dans les cas simples on s'est servi avec avantage de la glycérine seule. Bartholow recommande beaucoup les préparations suivantes :

R : Acide Salicylique. .... 1 drachme  
 Huile d'olive..... 8 onces.

Le Dr Etter panse ses brûlures avec du coton calmant et antiseptique suivant.

R ; Solution de cocaïne à 2%..... 30 parties  
 Acide Borique..... 2 —

|                        |    |   |
|------------------------|----|---|
| Glycérine.....         | 4  | — |
| Acide phénique.....    | 1  | — |
| Coton hydrophile ..... | 30 | — |

Dans les brûlures du 2<sup>ème</sup> degré le Dr Squibb se sert de l'application suivante.

R : Créosoli..... dr. ss.  
 Aquæ:..... lb. j

Le Dr Kennedy applique avec de la charpie :

R : Alumen..... oz. j  
 Ol. olivæ..... oz. ij  
 Axoug..... oz. iv

Lorsque la suppuration commence, c'est-à-dire 2 ou 3 jours après l'accident, le Dr Poolez dit avoir obtenu d'excellents résultats de la solution :

R : Ferri sulphat..... dr. j  
 Aquæ..... lb. j

Le Dr Marsh préfère 1 once d'alum pour 3 onces d'eau.

Le miel composé du Dr Gordon Buck a aussi produit de meilleurs résultats. Voici cette préparation :

Pulv. acaciæ ..... oz. iv  
 Pulv. gum. adragant..... oz. ij  
 Sirup. fuscii..... lb. j  
 Aquæ Callid..... Q. S.

Dans les brûlures avec vésicules et bulles, Hardy et plusieurs autres auteurs conseillent de percer ces phlyctènes et d'en faire sortir la sérosité, mais seulement lorsque la chaleur, la douleur et la cuisson sont diminuées; Ce que l'on obtient en plongeant préalablement la partie dans l'eau froide puis lorsque la suppuration s'établit, on enduit la partie avec le cérat saturné et on recouvre le tout avec un bandage.

Fernel et plusieurs autres avec lui sont pour l'opposé de cette opinion, ils exposent la partie brûlée à la chaleur du feu ou la plongent dans l'eau chaude.

Si la partie affectée est sur le point de passer à la gangrène, il faut des stimulants locaux. Un des meilleurs pansements est l'onguent du Dr Ken-tish. En voici la formule :



Ex : Ung. Balici simpl..... oz. i  
 Spt. Terébéntine..... dr. i

on peut encore se servir du Beaume du Canada.

S'il y a beaucoup d'humidité dans la plaie, le Dr Smith conseille de laver la partie avec de l'huile phéniquée, puis de la saupoudrer avec

Ex : Zinci Oxid..... } oz. i  
 Magnes. Carb..... }  
 Poudre amidon..... oz. ij

### M

Ceci forme une couche protectrice et la guérison s'opère rapidement.

Le Dr Prunkerd traite de la manière suivante une brûlure dont la suppuration est fétide :

R : Iodoforme..... scr ij à iv  
 Cérat simpl..... oz i

ou bien, il se sert encore :

R : Chloral Hyd..... dr. ij  
 Glycérine..... oz. i  
 Aq. distill..... oz. iij

Quand il y a des vésicules, Lisfranc enlève l'épiderme soulevé par la sérosité, puis recouvre la partie dénudée avec de la charpie enduite de cérat et imbibe le tout avec de la liqueur au chlorure de chaux.

Le Dr A. E. Mayland pour maintenir une brûlure aseptique et prévenir la putridité lave les brûlures avec une solution chaude de sublimé au 1/2000 pour entraîner tous les corps étrangers ou rendre stériles tous ceux qu'on est forcé de laisser. La surface brûlée est alors recouverte d'une gaze protectrice trempée dans la même solution ; par dessus, on applique une couche de gaze horiquée imbibée encore de la même solution au sublimé ; enfin le tout est recouvert d'une feuille de gutta percha et l'on fixe le pansement à l'aide de bandes préparées au sub imé. On change ce pansement tous les 2, 3 ou 4 jours selon l'abondance de la suppuration.

Ce traitement est recommandable sous tous les rapports.

Le professeur Huguenier traite les brûlures simples en les saupoudrant soit de bismuth seul, ou encore d'un mélange d'antipyrine, de bismuth et de salol et les recouvre d'une compresse légère de gaze imbibée

d'une solution de sublimé corrosif au 1000e et parfaitement essorées. Par dessus il met de la vaseline puis enveloppe le tout avec de la ouate hydrophile et bandage de soutien. Il laisse ce pansement 24 heures.

Dans les brûlures du 3e et 4e degré, il n'emploie pas de corps gras, mais saupoudre l'iodoforme, le salol, ou la gaze iodoformée en petits fragments, recouvre d'une étoffe imperméable et de ouate hydrophile, et change ses pansements toutes les 36, 45 ou 72 heures. Il dit "qu'une brûlure par le fait seul que le feu la produit, est aseptique. Il est donc inutile de faire des lavages ou de renouveler trop souvent les pansements." Suivant lui, le liniment oléo calcaire n'est utile qu'au moment même de la brûlure et à condition que l'huile d'olive soit bien stérilisée." (Concours médical).

M. le Dr A. Bidder emploie de préférence à tout autre topique, le thiol soit en poudre, soit en solution. La poudre de thiol est brune et se liquéfie facilement avec un peu d'eau. Le thiol ne cause aucune irritation des tissus et est à même de les prémunir contre toute infection. Il agit comme dessicant et anesthésique local; il arrête sûrement l'accroissement des microorganismes, spécialement du strepto-coccus. Dans les brûlures anciennes, il vaut mieux laver d'abord avec une solution au bichlorure avant d'appliquer le thiol. L'acide salicilique mélangé au thiol forme une application des plus efficaces. (Arch. de Clin. Chir.)

La vaseline iodoformée est aujourd'hui d'un usage général, chez les enfants. Si on est arrêté par la crainte d'une intoxication par l'iodoforme on la remplace par la pommade de Stahl, ou une pommade composée de bismuth et d'acide borique.

Le Dr Wertheimer reproche à la pommade de Stahl d'être dépourvue de tout effet antiseptique. Pour remédier à cet inconvénient il ajoute un peu de thymol à la dite pommade qui est ainsi formulée :

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| R : Eau de chaux..... | 60           |
| Huile de lin.....     | 60           |
| Thymol.....           | 0,05 à 0,10. |

m. s. a.

Avant d'appliquer cette pommade, on lave les parties brûlées, avec un peu d'eau boriquée chaude.

Comme cette pommade a l'inconvénient d'être trop poisseuse, on peut lui préférer la suivante :

---

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| R : Sousnitrate de Bismuth..... | 9 g.  |
| Acide Borique.....              | 4,50  |
| Lanoline.....                   | 70 g. |
| Huile d'olive.....              | 20 g. |

---

on emploie encore comme pansement des brûlures, l'aristol, le Rétinol, l'Icthyol en poudre, solution ou pommade. etc.

Outre ces moyens, on doit veiller à l'état général du système. Les intestins sont tenus libres et, s'il y avait diarrhée on donne l'opium. Avec les diaphorétiques on maintiendra la sécrétion cutanée puis on règlera le régime d'après les exigences de la maladie. Il faut veiller aussi aux organes internes, surtout le cerveau et les poumons, et au besoin employer les sangsues pour combattre toute inflammation qui tendrait à s'y développer.

Dans les brûlures de la gorge et du larynx, fréquentes chez les enfants qui, par accident, ont avalé des liquides corrosifs, et chez les adultes exposés à des foyers très ardents, on applique les sangsues à l'extérieur ou encore des cataplasmes sur la gorge afin de prévenir toute inflammation. Kentish donne toutes les demi-heures une cuillerée à thé de la prescription qui suit.

|                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| R : Vin d'antimoine..... | 24 à 45 gouttes. |
| Teinture d'Aconit.....   | 5 à 20 "         |
| Eau.....                 | oz. 3            |

On peut, si les spasmes surviennent, éthériser la partie malade.—Dans les brûlures de la gorge le Dr Beaver fait avaler de l'huile d'olive, ou encore du beurre frais non salé ; il fait aussi respirer de la vapeur humide et applique des sangsues au sternum. Aux enfants il donne :

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| R : Calomel..... | gr. j             |
| Emetiq.....      | gr. $\frac{1}{3}$ |

---

Si malgré toute notre attention et tous nos efforts, la maladie passe à la gangrène, ou si la vitalité de la partie a été détruite, nous devons pour remplir la troisième indication, limiter l'étendue de l'eschare et en noter la chute.

Les meilleurs remèdes sont ceux employés dans la gangrène en général. Après la chute de l'eschare, il faut favoriser le développement des

granulations et cela demande beaucoup de jugement et d'expérience. Le pansement à l'eau chaude avec l'addition de quelques gouttes d'acide nitrique est un très bon moyen, de même que l'onguent caluminaire. Si les granulations deviennent exhubérantes, elles doivent être réprimées par les ciseaux, l'acide nitrique et les compresses méthodiques. En même temps on donne les toniques pour supporter le système, si les granulations deviennent très sensibles, on donne les anodins. Enfin si un remède perd de son efficacité il faut savoir le changer pour un autre.

Dans la 4<sup>ème</sup> indication il faut empêcher les adhérences; combattre la tendance à des contractions vicieuses et empêcher l'ankylose.

Les bandages posés avec soin et intelligence, l'interposition de la charpie, et s'il le faut, l'usage des clisses doivent être employés pour empêcher cette tendance qu'ont les surfaces contiguës à s'unir ensemble, et cela non seulement entre les Joigts des mains et des pieds, mais encore entre les bras et le tronc, entre les grandes lèvres, entre la cuisse et le scrotum, entre l'oreille et le côté de la tête.

La tendance au raccourcissement dans les brûlures avec perte de substance est quelquefois considérable et occasionne des difformités déplorable. On emploiera pour y remédier les moyens mécaniques, non seulement jusqu'à guérison complète de la brûlure, mais encore longtemps après cela, car on sait que la contraction continue à s'opérer pendant des mois et des années après que la plaie est cicatrisée.

Si, malgré tous nos soins, quelques circonstances incontrôlables ont compromis l'utilité d'un membre ou défiguré notre malade, le chirurgien peut encore rendre des services signalés en pratiquant la *dermoplastie*.

Lorsqu'une brûlure est très étendue et que la cicatrisation est lente à se faire, les auteurs vantent beaucoup ce qu'ils appellent la *Grefse dermique*. Dans presque tous les ouvrages de chirurgie on trouve de nombreux cas de guérisons obtenus par ce moyen.

Si, par suite d'inflammation directe ou encore par contractions des muscles, des tendons et des aponévroses, les articulations sont compromises, il faut employer des mouvements passifs et s'opposer aux raccourcissements en se servant de clisses tant que les dangers de l'ankylose ne sont pas passés.

La diarrhée si fréquente durant ces affections sera traitée par l'opium, l'acétate de Plomb et la Quinine. L'acide sulfurique et la Quinine

remédieront à la transpiration nocturne. Enfin, les toxiques, les stimulants, les anodins, un régime généreux, et l'exercice en plein air, si c'est possible, contrôleront les autres irrégularités constitutionnelles si compromettantes dans les variétés graves de ces accidents.

Comme dernière ressource, nous devons pratiquer l'amputation, si nous voyons que malgré tous nos efforts pour sauver un membre ou une partie quelconque, la mort menace le patient soit par l'abondance de l'écoulement ou par l'irritation constitutionnelle.

L'amputation est conseillée lorsque le membre ou la partie affectée est rendue non seulement inutile mais nuisible au confort du patient.



## Congrès International.

### Chirurgie générale.

Par M. RICARD, *professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint Louis.*

#### “ Résumé ”

Après quelques paroles de bienvenue de M. le professeur Tillaux, la section de chirurgie a commencé ses travaux.

M. Ceccherelli (de Parme) a vanté les bons effets de l'eau de Salso-Maggiore, dans les infections tuberculeuses. Le professeur italien emploie cette eau “ salée iodique ” en injections, en instillations, en lavages. Il a soin de la stériliser et de la couper de deux tiers d'eau distillée. Ces eaux “ puissantes ” sont remarquables par la quantité considérable de chlorure de sodium, d'iode, de brome, de strontium et de lithium.

Nous descendons ensuite de la tuberculose au bacille du chancre mou, dont le docteur maréchal (de Châtillon sur Seine) a pu obtenir une culture pure, ainsi que l'inoculation au cobaye.

M. Faure (de Paris) donne des chiffres encourageants, à propos de la chirurgie du cancer. En cinq ans, il a opéré 93 cancers, il a obtenu 20 p. 100 de guérison dépassant une année. Il rappelle la vieille formule : opérer large et vite.

M. Braquehay (de Tunis) s'est trouvé fort satisfait de l'emploi de la nirvanine en chirurgie. C'est un anesthésique local connu depuis 1898 ; c'est un sel très soluble, légèrement antiseptique et stérilisable à l'autoclave dans ses solutions. Il est peu toxique. Les doses doivent être plus élevées que celles utilisées pour sa rivale la cocaïne.

Les solutions utilisées sont titrées à 4 et 5 pour cent. Les doses sont injectées de 20 à 50 centigrammes.

La durée de l'anesthésie est d'environ une demi-heure.

La nirvanine est irritante pour l'œil, elle convient très-bien pour la chirurgie des voies urinaires, pour les cystites douloureuses, l'urétrotomie ; pour les petites opérations courantes.

M. Braquehaye conseille d'ajouter à ses solutions un extrait glycérimé d'capsules surrénales pour corriger l'influence vaso-dilatatrice de l'alcaloïde.

Avec le professeur Severeanu (de Buckares) nous revenons à la cocaïne injectée dans le canal vertébral, pour obtenir l'anesthésie du segment inférieur du corps. Les choses ne sont pas si simples qu'on a bien voulu le dire. Les malades après l'injection se trouvent très affaiblis, vomissent pendant deux ou trois jours, ont des céphalalgies persistantes et violentes ; souvent les accidents durent pendant 24 heures.

M. Severeanu n'a jamais eu de mort à déplorer, mais il a souvent été fort inquiet et a dû donner de la caféine et du sérum artificiel et il conclut en disant que l'injection intra rachidienne de cocaïne est un procédé très dangereux d'anesthésie.

Cette condamnation devait amener à la tribune M. Tuffier qui s'est fait le propagateur en France de cette méthode. M. Tuffier a fait 125 injections intra-rachidiennes, pour interventions chirurgicales dont 58 laparatomies, il n'injecte jamais plus de 1 centigramme et demi.

Sur ces 125 malades, un a préoccupé le chirurgien, un autre est mort asphyxique dans les heures qui ont suivi. L'autopsie a démontré une insuffisance mitrale et une congestion des deux bases pulmonaires. M. Tuffier en conclut que la cocaïne n'est pour rien dans la mort.

M. Racoviceanu Pitesci (de Buckares) a, comme M. Tuffier, pratiqué 125 fois l'anesthésie médullaire, il a eu 80 fois des phénomènes très pénibles d'intoxication, une fois, chez un vieillard, le pouls tomba à 40 pulsations et une somnolence inquiétante s'établit. Souvent il a observé des syncopes et il a dû recourir à la respiration artificielle. La céphalalgie qui est constante, dure quelquefois quatre à cinq jours, avec ou sans raideur de la nuque. Bref, c'est un procédé anesthésique à déconseiller.

M. Fenton Benedict Turck propose une méthode originale pour préserver les opérés du shock opératoire et de l'infection. Il recouvre l'abdomen de son malade d'un véritable bouclier en caoutchouc ; et il fait à ce tablier le nombre de trous nécessaires pour agir sur les viscères. En cas de shock, il faut introduire en outre dans la cavité péritonéale des sacs en caoutchouc contenant de l'eau chauffée à 48 degrés centigrades, et les y abandonnant pendant une demi-heure jusqu'à 1 heure, pour stimuler ainsi la vie organique par une chaleur artificielle.

Dans les cas de shock profond, M. Turck a inventé un sac en caoutchouc avec un tube recurrent. Le sac est introduit dans l'estomac et l'on fait

passer continuellement un filet d'eau chauffée à 50 et 52 degrés centigrades. M. Minervini (de Gènes) a étudié le pouvoir rétractile des cicatrices. Les conclusions sont que " la rétraction des cicatrices est directement proportionnelle à la durée des processus de réparation et plus grandes pour les individus adultes que pour les jeunes.

La séance se termine par la description d'une série de procédés de suture.

M. Michaud fait connaître un nouveau procédé d'hémostase, tout à fait analogue au brochage métallique, qui est applicable grâce à une pièce spéciale.

Ces procédés doivent être vus pour être compris.

Avec la séance de l'après-midi commence la lecture des rapports. La première question mise à l'ordre du jour était la chirurgie du pancréas.

Trois rapporteurs ont successivement pris la parole, M. Ceccherelli (de Parme), M. Bœckel (de Strasbourg) et Mayo Robson (de Leeds). Les rapports sont très intéressants ; celui de Mayo Robson nous a paru mettre bien au point la question, encore peu fouillée, de la chirurgie du pancréas.

" Les affections pancréatiques sont, dit-il, beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement.

*Le cancer.*—J'en ai étudié plus de 50 cas ; ils se montrent généralement après 40 ans et les cas qui se produisent chez les individus plus jeunes sont des exemples de pancréatite chronique, qui peuvent ressembler au cancer non seulement dans les symptômes mais aussi dans l'apparence à l'œil nu après la mort.

L'amputation du pancréas pour cancer n'est utile que lorsque la maladie est limitée au corps ou à la queue de l'organe.

La cholécystotomie ou la cholécystenterostomie soulagent les symptômes lorsque l'amputation est contre indiquée.

M. Mayo Robson a opéré 5 cas de kystes pancréatiques, il recommande comme traitement ordinaire l'incision et l'évacuation. Il n'y a en général, aucun symptôme pathognomonique, et le diagnostic doit être basé sur les signes physiques.

*Pancréatites* —On peut accepter la classification pathologique proposée par Fitz, et qui consiste à diviser la pancréatite aiguë en pancréatite suppurative, hémorragique et gangréneuse, mais au point de vue de la clinique, le rapporteur considère le sujet sous les aspects de pancréatite aiguë, sub-aiguë et chronique.



Au point de vue étiologique, l'infection bactérienne est la cause essentielle et immédiate, mais il y a un nombre de causes extrinsèques, telles que catarrhe gastro duodénal, les blessures, la lithiase pancréatique et biliaire. La voie d'infection est presque toujours fournie par les conduits.

Le traitement de la pancréatite infectieuse et souvent de la pancréatite suppurative se résout pratiquement au traitement de la péritonite commençant dans la région abdominale supérieure; il y a nécessité de se débarrasser des produits inflammatoires par des écoulements de la région lombaire si c'est possible, bien qu'il soit nécessaire de faire le diagnostic par une incision antérieure.

*Pancréatite intersticielle chronique.*— Cette maladie est souvent confondue avec le cancer du pancréas. Il affirme qu'il est d'une importance capitale que cette maladie soit reconnue puisque c'est une maladie qu'on peut non-seulement soulager, mais absolument guérir, par le traitement chirurgical.

Pour appuyer ses assertions, l'auteur donne un rapport succinct de 15 cas, dans lesquels il a pratiqué l'opération et obtenu 14 guérisons.

Après quelques remarques sur la pancréatite hémorragique, qui, d'après l'expérience de l'auteur, a toujours été traumatique et accompagnée d'épanchement dans l'arrière cavité des épiploons, il discute le sujet des calculs pancréatiques. L'auteur croit que cette maladie doit être rare et généralement reconnue seulement par la pancréatite et l'obstruction du cholédoque accompagnées de l'angiocholite infectieuse à laquelle les calculs donnent lieu.

En terminant, l'auteur espère qu'un jour viendra où les maladies pancréatiques obtiendront la place qu'elles méritent dans les recherches de diagnostic des médecins, et où la chirurgie sera appelée à pratiquer une opération beaucoup plus fréquemment à une période où l'opération, soit exploratrice, soit curative, pourra être essayée avec l'espoir de succès temporaire ou de guérison permanente.

Après le pancréas, le congrès aborde la chirurgie du foie. C'est encore M. Michaud qui nous fait connaître sa pratique en réalité très étendue. Sur 50 opérations sur les voies biliaires, 33 fois l'auteur a pratiqué l'extirpation de la vésicule, avec 28 guérisons et 5 morts. La cholécystectomie donnerait de meilleurs résultats que la cholécystotomie qui s'accompagne de fistules persistant même au bout d'un an.

M. Jonnesco (de Buckarest) passe en revue les différents traitements chirurgicaux proposés pour la cure des kystes hydatiques du foie. Pour lui l'opération de choix consiste dans l'incision du kyste, qu'on vide de son

contenu : liquide, vésicules filles et membrane germinative, suture et abandon de la poche sans drainage, ni capitonnage, ni fixation du kyste à la paroi abdominale.

L'abcès du foie n'est pas seulement une maladie des pays chauds, dit M. Giordano (de Venise), il peut se développer chez nous à la suite d'ingestion d'aliments en état de putréfaction.

La ponction exploratrice n'a pas une grande valeur, tandis que la laparotomie à lambeau costal mérite toute confiance et permet de dépister du doigt les foyers d'hépatite suppurée qui au début ne sont pas fluctuants mais simulent une tumeur enfoncée dans l'organe. L'on protège le péritoine au moyen d'une ligne de gaze au centre de laquelle on crève et débride du doigt même l'abcès dont la cavité est ensuite bourrée de gaze hydrophyle. De 72 malades opérés ainsi 42 ont guéri, 30 sont morts, d'où une mortalité de 41.6 pour 100.

M. Hache exerce à la Faculté française de Beyrouth. Il recommande l'incision franche des abcès du foie. C'est une méthode dangereuse, vu les péritonites consécutives.

La question des abcès du foie devait amener l'étude des sutures des plaies du foie. Aussi M. J. B. Legale (de Gênes) nous fait connaître un nouveau procédé de sutures enchevillées permettant la résection d'une partie du foie.

Il ne faut pas que les points de suture, dit M. Segale, s'appuient directement sur le tissu hépatique. Aussi l'auteur recommande-t-il un appareil de son invention se composant, en principe, de chevilles d'ivoire ou d'ébonite trouées et enfilées de catgut, et s'encastant les unes dans les autres par leurs extrémités.

La séance continue et se termine par quelques communications sur la Chirurgie de la rate. M. Jonnesco a une pratique fort étendue, puisqu'il a pratiqué, depuis 1896, 32 splénectomies.

Voici ses conclusions :

La splénectomie est contre-indiquée dans l'hypertrophie leucémique de la rate alors même que l'état général et local paraissent satisfaisants. ]

La splénectomie est l'opération de choix dans les kystes hydatiques de la rate. — Cette conclusion est fort critiquable car le kyste peut être traité comme un kyste du foie, organe qu'on n'a pas encore songé à extirper dans son entier.

Dans la splénomégalie paludique (28 opérés, 8 morts) l'extirpation de la rate est toujours indiquée, mais en observant les contre indications qui

résultent : 1° de l'état du foie, la cirrhose atrophique surtout ; 2° des adhérences pariétales trop étendues ; 3° l'ascite trop prononcée ; 4° la pleurésie ; 5° l'état général trop mauvais s'accompagnant de lésions viscérales, hépatiques ou rénales. La splénectomie dans ce cas doit être pratiquée le plus tôt possible, une fois le traitement médical déclaré impuissant.

L'effet thérapeutique de l'extirpation de la rate dans l'infection palustre est excellent : les accès fébriles disparaissent, l'état général s'améliore rapidement et profondément : La cachexie paludique est enrayée et l'ascite quand elle a existé, est définitivement guérie.

M. Michavlovsky (de Philippoli) ajoute de très courtes remarques à la communication de M. Jonnesco dont il adopte les grandes lignes.

La séance du samedi matin a été consacrée aux affections des régions supérieures du corps. Elle débute par une communication de M. Morestin sur le *cancer de la joue*. Le néoplasme prend ordinairement naissance dans le cul de-sac gingivo-génien et envahit très rapidement les ganglions et le maxillaire inférieur. Le pronostic de cette lésion est très grave, malgré une intervention aussi large que possible, dont M. Morestin donne la technique.

Le professeur Fédor Krause (d'Altona) a pratiqué 24 fois la *résection du ganglion* de Gasser, il a perdu deux malades. Tous les autres sont guéris, et leur névralgie a disparu pour ne plus revenir. Aussi malgré la gravité de l'intervention, M. Krause n'hésite-t-il pas à la recommander pour les cas de névralgie faciale intense et rebelle.

M. Jonnesco a fait 126 *résections du sympathique cervical*, 97 fois pour épilepsie, 15 fois pour goitre exophtalmique, 12 fois pour glaucome, 1 fois pour vertiges et enfin 1 fois dans un cas de migraine essentielle.

Dans l'épilepsie il a eu 12 guérisons durables, dans le goitre exophtalmique l'auteur n'a enregistré que des succès. Pour le glaucome il y a toujours eu ou une amélioration ou un succès complet.

Sur 40 épileptiques sympathectomisés de M. Chipanet, il y a trois cas réels de guérison ce qui n'est guère encourageant, deux cas de maladies de Basedow ont été favorables.

M. Joseph (de Berlin) pratique la *réduction des nez et des oreilles* par opération. Avis aux infortunés que la nature a gratifié de gros nez ou de grandes oreilles. — Les cicatrices sont invisibles.

La séance du soir a été consacrée à l'étude des fractures et des maladies des os. Le Professeur Von Bergmann (de Berlin) étudie, dans son rapport sur la *radiographie dans l'étude des fractures*, les causes locales qui

entravent la consolidation. Il passe en revue les bénéfices que ce chapitre spécial de la chirurgie a pu retirer de la radioscopie, au point de vue du diagnostic exact des lésions au moment de l'accident, pendant et après le traitement. Bien des fractures méconnues autrefois sont aujourd'hui diagnostiquées.

Deux points ressortent de ce rapport : 1° le professeur allemand est grand partisan de l'opération sanglante et de la suture, toutes les fois que la réduction et la contention paraissent défectueuses ; il paraît d'autre part un défenseur convaincu de l'immobilisation absolue des membres pendant la période de consolidation.

M. Lucas Championnière est venu défendre avec la même conviction son *traitement des fractures par le massage et la mobilisation*. Il donne une statistique importante des fractures qu'il a ainsi traitées et des résultats qu'il a obtenus.

M. Thiery est partisan de la suture osseuse ; c'est une méthode "d'une innocuité parfaite, elle constitue le traitement de choix des fractures simples des os longs avec chevauchement, c'est le seul procédé efficace pour obtenir et maintenir une coaptation idéale des fragments."

Il faudra attendre encore quelque temps avant de voir passer ces idées dans la pratique courante de chaque praticien.

La séance se termine par une communication du professeur Ollier qui fait circuler une série de photographies très instructives démontrant l'ostéogénèse consécutive aux résections. On constate très nettement l'organisation des extrémités osseuses et néoformées.

MM Mignon et Sieur (de Val de Grâce) communiquent une note relative à la *peritépiddymite consécutive au varicocèle de la queue de l'épididyme*.

L'infection se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou pisi-forme qui entoure la naissance du canal déférent et la queue de l'épididyme.

De consistance classique, la tumeur peut acquérir une dureté très grande soumise à l'influence des poussées congestives, parfois très pénibles pour les malades, elle varie très notablement de volume. A la longue l'inflammation s'organise, elle gagne la moitié inférieure du canal déférent, retentit sur la vaginale qui traduit son irritation par l'apparition d'une petite hydrocèle ou d'un épaissement fibreux et la masse finit par prendre un volume et une forme arrondie qui la fait ressembler à un deuxième testicule.

Arrivée à son dernier degré, l'affection pourrait être confondue avec l'épididymite tuberculeuse, mais sa localisation, l'intégrité du cordon et de la prostate, l'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire et enfin la variabilité toute spéciale de la tumeur jointe à sa nature fibreuse permettrait la plupart du temps de la reconnaître.

M. Mauclair *fait connaître les résultats éloignés du traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique.*

D'après les statistiques données dans les cas de tuberculose non supprimée les résultats étant satisfaisants, la ligature du cordon doit prendre place parmi les méthodes conservatrices du traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire.

Vient ensuite une série de communications sur les *hernies*.

M. Phelps (de New-York) préconise un procédé tout spécial, qu'il appelle d'ailleurs lui-même " l'opération de Phelps. " C'est une large incision de toute la paroi qui, après résection du sac est fermée par une suture continuée de fil d'argent. Cette suture elle-même est renforcée par un fil d'argent ou un filigrane pour prévenir les récidives.

Dans les *hernies inguinales volumineuses* pour obtenir une fermeture résistante, M. Girard emploie depuis huit ans une technique, qui n'est d'ailleurs qu'une modification du procédé de Bassini.

M. Morestin lit une étude très intéressante sur le *traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque.*

La *méthode exogène* de Lannelongue, appliquée à la cure de hernie, est absolument abandonnée en France.

Le Docteur Mayland (de Glasgow) étudie la valeur des *opérations exploratrices* sur l'estomac, en cas de symptômes gastriques graves et persistants. Cette exploration est simple et extrêmement bénigne et sert à déterminer dans les cas obscurs, si la maladie gastrique est bénigne ou maligne et permet d'intervenir à temps. Puis cette inévitable appendicite. Quelques orateurs, viennent à propos d'un seul cas qu'ils ont observé, donner leur opinion personnelle. Elle a, avouons-le, bien peu de valeur, étant donné qu'il reste des points obscurs pour des chirurgiens ayant observé plusieurs centaines de cas.

M. Ullmann, privat docent de l'Université de Vienne, a fait sur des animaux des expériences fort curieuses. Il s'agit de *transplantation des intestins* soit : la *transplantation* de l'estomac dans le jejunum, de l'ileum dans l'es-

tomac, de l'estomac dans le colon, du cœcum dans l'estomac, du jejunum dans l'intestin grêle.

M. Verveso (de Craïova) fait connaître un *nouveau procédé d'extirpation des tur ars hémorroïdales*.

Il est probable que la pratique de cette méthode est plus rapide et plus claire que la lecture de sa description.

Le quatrième rapport avait trait aux *anastomoses intestinales* et *gastro-intestinales*.

À côté des conclusions des rapporteurs, voici celles de M. Bourget professeur de clinique médicale à Lausanne.

1° La Gastro-enterostomie s'impose chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre le libre passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

2° Pour être autorisé à pratiquer cette opération, la cause du rétrécissement doit être permanente ou définitive, soit par tumeur, bride, cicatrice d'ulcère, ou anneau fibreux.

3° Elle est contre indiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique chez les neurasthéniques dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois.

4° Elle ne sera pratiquée qu'après une étude attentive du travail mécanique de l'estomac qui sera apprécié à différentes phases de la digestion, et avec des repas d'épreuve rigoureusement les mêmes pour chaque exploration. Dans le cas où l'on soupçonne une cause passagère de stricture (nervosité) on fera les mêmes explorations, mais plus souvent répétées, à cause de la variabilité des résultats, et aussi sous l'influence d'un bain tiède prolongé, de bromure de potassium et même de la suggestion.

5° L'insuffisance stomacale est nécessaire pour renseigner sur les cas de ptose gastrique ou sur l'importance de la dilatation.

6° La gastro-entérostomie est une opération curative dans les cas de rétrécissement du pylore avec cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou adhérences péripyloriques.

7° Elle est palliative dans les cas de tumeurs malignes intéressant le pylore, mais elle peut prolonger l'existence du malade d'une manière tout-à-fait remarquable.

8° Les résultats ont été peu satisfaisants chez les nerveux et les ptosés.

9° Après l'opération, le travail chimique de l'estomac est peu influencé, bien que le taux de l'acidité diminue.

10 Le fonctionnement mécanique de l'estomac est peu considérablement modifié.

L'évacuation du contenu stomacal est assurée, elle se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pyllore normal.—La durée du travail de digestion stomacale chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal.

11° L'estomac reprend peu à peu son volume et sa situation.

La séance de l'après-midi du mardi à été consacrée en grande partie à la lecture des rapports sur le *traitement des plaies infectées*. Voici les conclusions du 1er rapport lu par M. Bloch : Toute plaie, sans exception aucune, doit être considérée comme infectée, et l'infection et ses complications sont dues à la rétention de sécrétions contenant des microbes. Il s'ensuit que, pour traiter des plaies d'une manière efficace, il faut se proposer deux buts, savoir ; de tuer les microbes, (ou leurs produits nuisibles) et d'éviter la rétention des sécrétions des plaies : autrement dit, il faut se servir de l'antisepsie et du drainage.

Pour éviter la réinfection d'une plaie, traitée de cette manière, il faut la panser rationnellement ; ce n'est qu'en agissant ainsi qu'on prévient une infection secondaire.

Le deuxième rapporteur, M. Lejars, s'est avec raison également placé sur le terrain de la pratique. Il divise les plaies en trois catégories.

1° *Toute plaie accidentelle doit être regardée comme infectée et traitée comme telle*. Quel sera le traitement ? Tout d'abord une œuvre de *détersion mécanique* minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les incisions nécessaires. Il faut respecter l'intégrité des cellules vivantes que l'on doit *aider dans leurs réactions de défenses*, rien de plus.

Le liquide employé doit être *stérile* et ne pas être *nocif* c'est-à-dire, ni caustique, ni toxique ;

2° La deuxième catégorie comprend les plaies dont l'infection se traduit par des réactions locales ou générales.

Le rapporteur conclut que la sérothérapie, qui serait le traitement logique n'a guère dépassé les limites du laboratoire.

Les mêmes lois doivent guider le chirurgien dans le choix du pansement : *détersion mécanique, drainage* etc.

3° La troisième catégorie s'adresse aux plaies avec septicémie grave. Ce serait le triomphe de la sérothérapie, si l'on avait le sérum. Malheureusement on doit se borner encore au traitement direct, moins efficace que dans les infections encore localisées.

DR A. MAROIS.

---

## OBSTÉTRIQUE

---

### Tableau des symptômes précoces des infections puerpérales.

---

Par le DR FERRÉ.

directeur de la Maternité de Pau.

---

Depuis que des faits, chaque jour plus nombreux, ont démontré la possibilité d'enrayer, par une thérapeutique intra-utérine énergique, la marche des infections puerpérales, la connaissance des symptômes précoces de ces infections a pris une importance primordiale.

C'est qu'en effet, le succès de l'intervention utérine est d'autant plus assuré que celle-ci est plus précoce.

C'est là une vérité aujourd'hui banale. Aussi les cliniciens se sont-ils appliqués de plus en plus à dépister les moindres symptômes d'infection commençante.

Il a été dès lors facile de constater que les anciennes descriptions de l'infection puerpérale n'étaient pas entièrement exactes, du moins en ce qui concerne les premières heures de l'invasion microbienne, et que la symptomatologie de cette première période, si importante à connaître aujourd'hui, avait été à peu près négligée.

La conception de l'éclosion brusque des symptômes intenses de l'infection, après une période d'incubation silencieuse plus ou moins longue, a été générale jusqu'à ces derniers temps.

Les faits observés d'une façon complète démontrent que cette conception est inexacte, et que, dans la période-dite d'incubation, on peut, dans la majorité des cas, constater déjà des symptômes importants malgré leur forme atténuée.

Peut-être cette forme de symptômes en question est-elle due, dans certain cas, à ce que l'antiseptie, diminuant la virulence des agents de l'infection, en modifie la marche et réduit à leur minimum les symptômes du début de la maladie.

Mais dans les cas nombreux, trop nombreux encore, où il n'est pratiqué d'antiseptie d'aucune sorte, les mêmes symptômes précoces se montrent avec les mêmes caractères atténués au début. Cette période préparatoire



d'accidents plus intenses est seulement plus courte, en général, que dans les cas où l'antiseptie est intervenue.

En un mot, il n'est plus permis d'admettre, comme ordinaire une explosion subite de l'infection consistant en grands frissons, hautes températures, douleurs vives, locales, etc.

Il y a toujours, à cet orage infectieux, une période préparatoire plus ou moins insidieuse, mais que révéleront à l'observateur attentif des symptômes parfaitement appréciables.

Et cependant, les auteurs de traités spéciaux continuent, en très grande majorité, à décrire la symptomatologie des infections puerpérales comme s'il ne s'était accompli aucun progrès dans la connaissance de ces maladies.

Ces considérations sont, semble-t-il, suffisantes pour justifier une division de la symptomatologie des infections puerpérales en symptômes *précoces* et symptômes *tardifs*, et aussi le présent tableau des premiers, les plus importants de beaucoup en pratique.

Par symptômes *précoces*, il faut entendre ceux qui se produisent pendant le travail, soit pendant les premières heures qui suivent l'accouchement.

Ceux-ci, dans bon nombre de cas, et pendant une durée variant le plus souvent de un à trois jours, quelquefois plus longtemps, se révèlent à l'état de manifestations tellement minimes que leur importance pourrait paraître négligeable à tout esprit non prévenu.

Les plus constants et les plus précoces de ces symptômes sont : les élévations de température, l'accélération du pouls, l'insomnie relative ou absolue.

*Élévations de température.*—Il s'agit de petites élévations de température (37°, 7 à 38°, 1 ou 38°, 2 dans l'aisselle) se produisant le plus souvent une fois par jour, dans certains cas deux fois par jour, fréquemment le soir, quelquefois vers midi, rarement le matin et souvent séparées les unes des autres par des températures basses.

Ce symptôme se produit fréquemment sans que rien attire l'attention sur la malade.

La température peut même s'élever plus haut sans que l'état général de la malade soit troublé, tellement que, si les températures n'étaient pas prises avec soin, rien ne pourrait faire penser à une chose aussi grave qu'une infection commençante.

A cette période la défervescence du matin est de règle ordinaire ; mais il faut se garder d'en tirer un pronostic sûrement favorable, même quand elle est complète.

Quelque basse que soit la température du matin, on peut voir celle-ci se relever dans la suite de la journée à un degré surprenant

Toute température axillaire dépassant 37°5 doit être considérée comme suspecte chez la femme récemment accouchée.

*Accélération du pouls.* — Ce symptôme est d'une appréciation plus délicate que le précédent, en raison de ce que diverses causes telles que : la fatigue du travail, une émotion quelconque, une hémorragie de l'accouchement peuvent le produire.

Toutefois sa constance et sa persistance seront à prendre en considération quelle que soit la température ; plus encore s'il y a eu déjà quelque température élevée.

Un pouls fréquent (80 ou plus) constaté au moment où la température s'est abaissée, permet, dans la plupart des cas, d'annoncer que celle-ci ne va pas tarder à se relever. Ce contraste entre le pouls et la température, se produit fréquemment le matin.

La fréquence du pouls précède quelquefois de plus ou moins longtemps toute élévation de température.

*Insomnie relative ou absolue.* — Il faut attacher la plus grande importance au sommeil des accouchées. Il est tout à fait exceptionnel que l'infection ne trouble pas, plus ou moins, les nuits de la malade.

Si, malgré d'autres symptômes, celle-ci dort bien, c'est que l'infection est encore peu grave.

Ce symptôme est souvent plus difficile à recueillir qu'on pourrait le penser au premier abord : beaucoup de femmes interrogées à ce sujet font des réponses vagues, comme celle-ci : "*J'ai reposé,*" voulant dire par là qu'elles n'ont pas été agitées.

Il faut se garder de se contenter de cette réponse et poursuivre une enquête de façon à savoir si la malade a réellement dormi.

Dans le cas d'insomnie, il faudra rechercher si celle-ci a une autre cause que l'infection, sans s'arrêter toutefois aux choses futiles que l'entourage et la malade elle-même invoquent le plus souvent.

Les troubles du sommeil, même sans autre symptôme, doivent être pris en sérieuse considération, à plus forte raison s'ils sont accompagnés de températures élevées ou d'accélération du pouls.

L'insomnie est alors un symptôme grave et l'indice d'une infection sérieuse.

On ne saurait trop se méfier des femmes qui ne dorment pas ou dorment mal après leur accouchement.

Viennent ensuite : le mal de tête, les troubles des lochies, les frissons.

La *céphalalgie* ne se manifeste guère sans être accompagnée de l'un ou de l'autre des symptômes cidessus décrits.

Elle est intermittente et légère au début, survenant le plus souvent le soir, quelquefois le matin.

Les troubles de l'écoulement lochial, consistant en sa diminution, sa suppression ou sa transformation fétide, sont le plus souvent précédés, toujours accompagnés d'autres symptômes déjà mentionnés

Ils peuvent néanmoins être précoces, comme ils peuvent manquer complètement. Ceci s'applique surtout à la fétilité, caractère qui fait souvent défaut non seulement au début, mais encore dans tout le cours des infections les plus graves.

A l'expression *frisson* il faudrait substituer ici celle de *vagues impressions de froid*.

Il est rare, en effet, que, tout au début de l'infection, les malades ressentent un frisson complet avec tremblement.

Ce sont plutôt des sensations de refroidissement partiel portant sur les jambes, le dos, le tour de taille.

Ces sensations peuvent être assez précoces, mais sont généralement précédées et accompagnées d'un ou plusieurs symptômes.

Tel est, aussi exact que possible, le tableau symptomatique fréquent du premier stade des infections puerpérales que les observations complètes et détaillées ont fait connaître.

Quant aux autres symptômes relativement plus tardifs, tels que : frissons complets, hautes températures, douleurs locales plus ou moins vives, etc., ils ont été complètement et partout décrits depuis longtemps.

Leur violence était, en effet, de nature à frapper tous les observateurs et à faire croire à une invasion de la maladie brusque comme leur propre apparition, tandis que leur éclat masquait seulement les symptômes d'allure plus modeste dont ils avaient été précédés.

---

---

## REPRODUCTION

---

### Traitement allemand de la tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux et dans les classes pauvres.

---

Le meilleur traitement des tuberculeux encore guérissables consiste évidemment à les faire entrer dans des instituts, spécialement destinés à la cure de la tuberculose. Malheureusement ces maisons sont encore en nombre trop restreint, et, d'un autre côté, certains malades ne peuvent y entrer, parce qu'il importe pour eux de ne pas quitter leur travail ou leur famille, ou encore parce qu'ils ne veulent pas, en raison d'un préjugé stupide contre ces établissements, qui persiste dans leur esprit. Il n'est donc pas inutile de se demander quels moyens nous avons pour guérir ou améliorer ces patients. M. Burghart, qui s'est livré à cette étude (*Berliner Klinische Woch.*, juillet 1900,) s'est basé sur sa pratique personnelle, pour indiquer les moyens les moins onéreux, qu'il faut employer en pareil cas ; par conséquent ceux qui sont susceptibles de s'appliquer à la clientèle hospitalière, ou à celle des gens peu fortunés.

L'auteur passe tout d'abord en revue le traitement, applicable à un certain nombre de symptômes, qui, sans être constants, sont néanmoins assez fréquents chez les phthisiques. Quand des malades, présentant de la fièvre, par exemple, sont encore susceptibles d'amélioration, il faut les condamner au lit, jusqu'à ce qu'ils soient devenus apyrétiques plusieurs jours de suite. Quand on leur permet de nouveau de se lever, il faut observer soigneusement leur température, afin qu'à la moindre hyperthermie présentée par eux on puisse restreindre leurs mouvements, et éviter ainsi une nouvelle reprise de la fièvre. Burghart fait remarquer que ce repos au lit doit être prolongé pendant plusieurs semaines, si l'on veut obtenir un résultat favorable. Naturellement on n'agira pas avec autant de sévérité et de persistance chez des personnes condamnées à bref délai, car il importe surtout chez celles-ci de ménager le moral. On sait, en effet, que pendant le repos au lit, la toux, les douleurs, les sueurs sont plus tenaces qu'autrement, et que le malade croit aussi sa situation plus grave. Bref, ce traitement, appliqué pendant quelques semaines, amène souvent, non seulement la défervescence de la température, mais encore une amélioration notable de l'état général.

Quand on n'a pas réussi à faire de la sorte tomber la fièvre, on peut essayer des lavages du corps à l'eau froide ; ceux-ci se font le soir, et peuvent être au besoin renouvelés une fois dans la journée. On peut encore donner de la quinine ou de la phénacétine à la dose de 0,50 centigrammes par jour, par doses de 0,10 centigrammes. L'acide salicylique et l'antipyrine sont contre-indiqués, en raison de leurs propriétés diaphorétiques.

Passons au symptôme *sueur*. Une légère sudation, surtout diurne, ne nécessite aucun traitement particulier. Il n'en est pas de même des sudations abondantes, et surtout nocturnes, qui consomment rapidement. Ici encore, Burghart emploie rarement la médication interne, et en particulier l'atropine ; il se contente de donner quelquefois le camphre et ses composés. L'auteur a une préférence marquée pour les lavages à l'eau froide, simple, ou aromatisée par du citron ou du vinaigre, ou encore pour les lavages avec de l'esprit de vin. Récemment on a préconisé l'alcool mentholé à 12 p. 100 : si la dilution était plus forte, la sensation de fraîcheur serait trop grande. L'alcool, pris à l'intérieur à petite dose, atténue également la sudation. Il en est de même pour l'infusion de sauge, quand la sudation est de faible intensité. Enfin, on a conseillé ces derniers temps de frictionner chaque jour une autre partie du tronc avec de la formaline en solution dans l'alcool ; le titre ne peut en être élevé, car on provoquerait une irritation de la muqueuse respiratoire et des lésions cutanées. On emploie la formaline à 10 p. 100, mêlée à 3 ou 4 p. 100 de menthe poivrée, pour dissimuler la mauvaise odeur.

La *diarrhée* est très fréquente chez les tuberculeux : mais elle est souvent le résultat d'un écart de régime, d'ingestion de lait en trop grande quantité, ou d'un refroidissement, et dans ces conditions, elle n'est pas très persistante. Il suffit pour la faire disparaître de changer un peu le régime, de supprimer le lait, et de donner quelques préparations mucilagineuses (orge, avoine...), ou encore du bouillon de mouton. Enfin, des moyens peu onéreux consistent à frotter le ventre avec de l'huile chaude, et à recouvrir ensuite de coton, ou à appliquer des cataplasmes chauds. Comme médicaments on emploiera de petites doses de bismuth pur ou mélangé d'extrait d'opium, de la tannalbine, du tannigène, du dermatol. Si la diarrhée est indubitablement liée à une tuberculose intestinale on emploiera d'une façon plus suivie la diète, le tannin, le bismuth, l'opium, ou encore la créosote, et les lavements d'amidon.

Quant à la *douleur*, si, grâce à sa durée et à son intensité minimales, elle ne nuit pas à l'état du malade, on doit négliger de la traiter. Si, au con-

traire, elle déprime le patient, il faut, à tout prix la calmer. Comme moyens domestiques, nous emploierons tout d'abord les cataplasmes chauds, les frictions d'huile, les sinapismes. Les douleurs pleurétiques si fréquentes chez les tuberculeux diminuent souvent quand on immobilise le thorax correspondant à la région malade par un bandage de diachylon, ou par une bande de flanelle. Si ces moyens ne suffisent pas, on a recours à l'opium, à la dionine; la dionine remplace très bien la morphine; elle n'a pas ses inconvénients, et coûte moins cher.

Arrivons en dernier lieu aux *hémorrhagies*. Pour éviter les hémoptysies le malade doit avoir le plus grand repos corporel et moral, et une nourriture, qui soit suffisante, sans être trop abondante. Le médecin devra se garder de faire asseoir ou de remuer pour l'ausculter le tuberculeux, qui vient d'avoir une hémoptysie abondante; il défendra à ce malade tout effort de réflexion, il lui interdira de parler. Le patient ne devra pas avoir trop chaud dans son lit; on lui appliquera une vessie de glace sur la poitrine autant que possible au niveau du siège de l'hémorrhagie, sinon au niveau du cœur. Cette vessie de glace forcera le malade à garder l'immobilité et elle calmera les battements de son cœur. Le malade ne devra remuer aucun bras pour se nourrir, ou porter un verre à sa bouche; on devra l'aider pour cela; au besoin même, il pourra aspirer au moyen d'un tube en caoutchouc les liquides contenus dans des récipients placés à proximité de son lit. Il devra manger souvent, mais peu à la fois; Enfin il évitera d'ingérer de grandes quantités de liquides pour ne pas élever la pression sanguine.

Pour procurer du sommeil au malade, on lui donnera un peu de morphine (5 milligr. en injection sous-cutanée,) car il ne faut pas qu'il ait un sommeil trop profond, pour éviter l'asphyxie, ou la pneumonie par aspiration, au cas d'une nouvelle hémoptysie.

Comme médicaments hémostatiques, nous citerons l'ergotine, l'hydrastis, l'acétate de plomb. Reste la méthode de Lancereaux et Paulesco, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée d'une dilution de 1 2 0/0 de gélatine, dans une solution saline à 1 0/0; il faut dire que cette injection n'est pas sans remuer beaucoup le malade à cause des précautions antiseptiques à prendre. On peut encore ingérer cette gélatine. M. Burghart a expérimenté sans grands résultats l'un et l'autre procédé. Enfin, dans les hémorrhagies importantes, on doit encore faire des injections sous-cutanées de solutions salines. La solution physiologique serait insuffisante, il faudrait la titrer à 1,50 ou 2 0/0, afin d'obtenir un effet hémostatique plus sûr.

A présent, nous allons passer en revue les moyens que possède le médecin pour lutter contre la tuberculose. Les uns sont médiats, c'est-à-dire agissent en fortifiant l'organisme, les autres sont immédiats, spécifiques, attaquent directement le bacille de Koch.

Les premiers sont hygiéniques, diététiques, et aussi prophylactiques. Ces derniers consistent à veiller tout particulièrement sur les malades atteints de catarrhes bronchiques, de pleurésies, de pneumonies, affections qui souvent prédisposent à la phthisie ; on devra entre autres leur éviter toute promiscuité avec les tuberculeux. Il faut aussi surveiller d'une façon rigoureuse les scrofuleux, les anémiques, les chlorotiques. Dans la classe aisée, cette tâche est moins ardue, car les gens ont le temps et les moyens de faire des cures dans des sanatoria spéciaux. Il n'en est pas de même dans la classe pauvre, et il serait à souhaiter qu'on trouvât bientôt un remède spécifique contre ces maladies.

Quant à l'hygiène il est de toute nécessité de faire respirer au malade un air pur, la poussière et le brouillard lui sont absolument néfastes. Il faudrait pour cela placer le lit du malade près d'une fenêtre et non pas dans un coin obscur de la chambre ; il faudrait établir l'atelier de l'ouvrier non pas dans un sous-sol obscur, mais en plein air.

Le patient doit se promener, mais d'une façon modérée, de façon à éviter toute élévation de sa température. Enfin la propreté ne doit pas être négligée non plus, en tant que propreté de l'habitation, et surtout que propreté corporelle. Nous n'ignorons pas toutes les difficultés que nous avons à vaincre à ce sujet, en particulier dans la classe ouvrière ; or il est très facile à l'artisan de prendre de bonnes habitudes de propreté, mais encore faut-il qu'il évite avec tout soin refroidissement.

Une chose essentielle pour le tuberculeux, c'est d'avoir un bon sommeil. Le sommeil peut être troublé par la sudation, la douleur, la diarrhée. Nous en avons déjà parlé ; mais il peut encore être troublé par des palpitations cardiaques, des excitations nerveuses, de la toux, toutes choses auxquelles le phthisique est très enclin. On calme les palpitations et les excitations nerveuses par des développements froids, par un lavage du corps à l'eau froide, qu'on pratique avant le coucher ou encore par la teinture de valériane, le brome, le trional. Contre la toux, on donne dans la journée des exhalations de camomille, et dans la nuit de petites doses de codéine ou de morphine. Remarquons que la narcose ne doit pas être trop profonde et elle doit seulement avoir pour but de calmer l'excitation.—Quand la toux est provoquée par des lésions laryngées, il faut traiter ces dernières.

Quant à la nourriture du tuberculeux, les uns préfèrent un régime animal, les autres un régime végétal. Burghart préconise un régime mixte, mais plutôt animal. Quand l'appétit est bon et que la digestion se fait bien, le nombre des repas ne doit pas excéder deux ou trois ; il faut éviter avec soin des aliments susceptibles d'amener une inflammation du tractus intestinal. L'auteur rappelle que le sucre est souvent un adjuvant précieux ; il est peu coûteux, et peu irritant pour les muqueuses ; en outre, il possède une haute valeur nutritive. Quand les malades se nourrissent mal, assimilent mal, il donne volontiers 100 à 250 grammes de sucre par jour. Il ne recommande ni le sucre de raisin, ni le sucre de lait, qui amènent souvent des nausées et de la diarrhée. Par contre le sucre de canne et le sucre de betterave sont bien supportés.

Si l'appétit manque, on peut le rappeler en faisant ingérer au malade un quart d'heure avant le repas un cornichon acide, un peu de hareng, quelques sardines, des amers, de la teinture de gingembre ; la créosote agit dans le même sens, tout en luttant contre l'atonie stomacale. La question de l'alcool dans l'alimentation du phtisique est très discutée ; certains médecins le préconisent à petites doses, en raison de son action excitante.

Passons maintenant aux spécifiques de la tuberculose. Nous citerons d'abord les différentes inhalations, astringentes (tanin), résolutive (bicarbonate de soude, carbonate d'ammoniac, camomille), ou ozonisantes (lérebentine) ; leur emploi est trop connu pour y insister davantage. Burghart a encore employé récemment, avec succès, les inhalations de solution aqueuse de formaline. Ce corps possède, en effet, des propriétés désinfectantes, désodorisantes et astringentes ; et, chose remarquable, par les inhalations il pénètre dans les petites ramifications bronchiques, sans perdre aucune de ces propriétés. On pratique ces inhalations au moyen d'un masque qui renferme un tampon, trempé dans une solution de formaline. Cette solution est d'abord à 0,25 %, puis à 1/2, 1 1/2, et 2 %, à mesure que le malade s'y habitue. Pour éviter les phénomènes d'irritation, on verse sur le tampon 4 ou 5 gouttes d'huile de menthe poivrée. Le malade fait 3 inhalations par jour ; elles durent d'abord 1/4 d'heure, puis 1 et même 2 heures ; chaque 1/2 heure on renouvelle le tampon. Ce mode d'inhalation, employé aussi dans les cas d'abcès du poumon, de gangrène pulmonaire, diminue considérablement la fétidité de l'haleine.

Nous citerons ensuite les remèdes injectés, soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit loco-dolenti : les tuberculines de Koch, tuberculocidine, et l'antiphtisine de Klebs, le sérum de Maragliano



L'Étoil de Lauderey, l'huile camphrée d'Alexandre, un produit organothérapeutique, le suc pulmonaire, enfin la créosote et ses dérivés.

Les tuberculines, la tuberculine R. moins que l'ancienne tuberculine, ne donnent pas grand résultat, sont difficiles à supporter par le malade en même temps que très coûteuses. Les procédés de Klebs et de Maragliano sont encore trop peu connus pour être jugés. Il en est presque de même de l'hétol : pour être efficace, l'injection doit être intraveineuse, ce qui est aussi ennuyeux pour le médecin que pour le malade. L'huile camphrée d'Alexandre est peu coûteuse et facile à employer, mais les vingt malades, sur lesquels l'auteur l'a expérimentée, n'ont pas donné lieu à des résultats aussi brillants qu'on aurait pu le supposer de prime abord. Les produits organothérapeutiques (suc pulmonaire) ont encore été peu employés

Restent la créosote et ses dérivés. Disons toutefois que le tanin, l'acide salicylique, l'iodoforme, l'hydrogène sulfureux, l'arsenic, le sublimé, etc., ont été tour à tour employés et abandonnés. Quant à la créosote, dit Burghart, la confiance qu'on lui accorde est tout à fait méritée. Certainement, ce n'est pas là un moyen infailible, mais on peut en obtenir d'excellents résultats quand on l'emploie dans des cas qui ne sont pas encore tout à fait désespérés. La créosote est généralement bien supportée. Le malade ne doit pas se laisser rebuter par le goût de la créosote dans la bouche ou par quelques nausées. Le mode d'action de la créosote n'est pas très connu. On sait que l'appétit augmente, que le contenu du tractus intestinal est désinfecté, que l'expectoration diminue. Les toxines du bacille de Koch seraient moins dangereuses d'après Savoie.

On emploiera telle ou telle préparation, suivant les dispositions du malade.

Souvent on a dit que la créosote ne donnait pas de résultats. Cela tient à ce que, dans ces cas, les doses employées étaient trop faibles. Des doses faibles excitent les fonctions stomacales ; mais lorsque ce moyen ne suffit pas à l'organisme pour lutter contre l'infection, il faut alors l'imprégner de fortes doses. C'est la question de susceptibilité personnelle du malade. On commence par trois doses quotidiennes de 0, 1 décigramme ; puis, si le malade supporte bien le médicament, on va progressivement en augmentant toujours d'un décigramme, jusqu'à 2 ou 3 grammes, pris en quatre ou cinq fois. Pendant la cure de créosote, il se produit quelquefois de petits accidents : perte d'appétit, diarrhée.....qui ne sont pas imputables au médicament : on cesse alors l'administration de celui-ci, jusqu'à disparition des symptômes morbides, puis on continue la cure. Si on avait déjà

atteint les fortes doses, on les diminue un peu, pour les atteindre de nouveau rapidement. Si les accidents se prolongeaient un peu, on remplacerait la cure interne par des badigeonnages cutanés de créosote, moyen employé d'ailleurs pour la pleurésie, la péritonite..... Quand on a la chance de pouvoir continuer la cure pendant un certain temps, on obtient souvent de très bons résultats. L'inflammation rénale n'est pas aussi à craindre qu'on veut bien le dire

D'une façon générale, pour éviter l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, il faut éviter que la créosote n'y arrive à jeun ; et il faut la diviser en plusieurs doses, si on doit en prendre une certaine quantité. Disons, enfin, que la créosote ne doit pas être donnée sous forme de gouttes, pas plus que sous forme de pilules de créosote, car celles-ci roulent pendant un certain temps dans l'estomac, et en imprègnent les parois. Mieux vaut la donner sous forme de capsules.

---

### **Le traitement du delirium tremens.**

par M. le Dr E. VILLIERS.

Les progrès de l'alcoolisme ont fait du delirium tremens une affection banale, fréquente dans toutes les classes de la société et que tout médecin peut être appelé à soigner. Le delirium n'affecte pas en général dans notre pays la gravité qu'il atteint chez nos voisins : des causes d'ordre chimique et physiologique — la qualité et la quantité des boissons ingérées — expliquent ce phénomène sur lequel j'ai déjà attiré l'attention. Aussi le traitement à instituer n'est-il guère difficile, et chacun pourra le mener à bien en suivant certaines règles que je vais m'efforcer de tracer.

Jetons un coup d'œil sur le malade : ce qui domine dans la scène morbide, c'est la grande agitation du sujet, celui-ci, particulièrement le soir au moment où l'obscurité fait naître les hallucinations terrifiantes, se livre à une gymnastique désordonnée pour fuir ou attaquer ses ennemis ; il travaille, selon l'expression des auteurs allemands, et fait notamment des recherches laborieuses pour s'emparer de la vermine qu'il voit s'ébattre autour de lui ; dans cet état, qui s'accompagne d'une anesthésie totale et d'une inconscience presque absolue, le malade est exposé à se faire des conta-

sions graves, ou à devenir particulièrement agressif. De là une première indication; la plus importante : celle d'*organiser la surveillance du malade*.

Le delirium tremens guérit toujours (la mortalité au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, ne dépasse pas 1.5 0/0, et souvent en deux ou trois jours ; la période de délire et d'inconscience est si courte que le traitement du malade à domicile est toujours possible ; donc *pas de collocation* dans un établissement spécial ; avec un peu de bonne volonté on arrivera toujours à guérir à domicile, sans esclandre et sans ennuis, les cas qui paraissent les plus dangereux.

Le malade sera placé dans une pièce aérée et bien éclairée, même la nuit, car la lumière empêche dans une certaine mesure l'écllosion des hallucinations terrifiantes ; la chambre sera pourvue d'un mobilier très sommaire : un lit et quelques chaises. Là, sous la surveillance de personnes patientes, qui ne le quitteront ni jour ni nuit, couvert d'un vêtement bien ajusté, boutonné par derrière, le délirant traversera la période aiguë de sa crise. Autant que possible, il devra séjourner au lit, mais il ne peut être question de le contraindre à y rester ; au contraire, on le laissera aller et venir, se lever, se livrer sans entrave à son agitation, on lui permettra les mouvements les plus désordonnés, du moment qu'ils ne sont pas dangereux. Surtout, *jamais de liens, jamais de camisole de force !* C'est dans l'emploi de ce brutal moyen de contrainte qu'il faut voir la cause de la mort chez la plupart des délirants qui ont succombé. La camisole favorise les stases sanguines et les congestions auxquelles le malade n'est que trop sujet, elle empêche les mouvements respiratoires et détermine des accidents pulmonaires rapidement mortels.

Si la protection du malade contre lui-même est la partie la plus importante du traitement, je dois cependant faire une place spéciale à une indication dictée par la cause de la maladie : le delirium tremens est le résultat d'une intoxication. Intoxiqué, le malade l'est doublement : par l'alcool d'abord, qui met deux à trois jours pour s'éliminer complètement de l'organisme : par les déchets organiques ensuite, provenant de l'activité énorme des cellules musculaires et nerveuses. L'organisme établit lui-même une défense contre le danger qui le menace, et tant que dure l'attaque, des transpirations profuses servent d'émonctoire aux produits de déchet ; la fétidité spéciale de l'haleine prouve que l'alvéole pulmonaire est utilisée dans le même but. Eh bien, on profitera de la soif ardente qui dévore le délirant pour utiliser le filtre rénal et pour *favoriser l'élimination des toxines*. Toutes les heures, voire toutes les demi heures, on offrira

au malade des bols de bouillon froid et de lait ; outre son action diurétique évidente, le lait a l'avantage d'être un aliment bien supporté par l'estomac affaibli de l'alcoolique. On y joindra les infusions amères prises en grande quantité : racine de gentiane (5 %<sub>100</sub>), fleurs de centaurée (10 %<sub>100</sub>), bois de quassia (5 %<sub>100</sub>). Elles ouvrent le rein et provoquent un vrai lavage du sang. La prescription d'une limonade purgative sera toujours utile.

Avant d'aborder la seconde partie du traitement, celle qui a pour but de relever les forces du malade et de parer aux dangers des complications, je dois dire quelques mots du traitement médicamenteux en général. Sous prétexte de guérir rapidement le delirium tremens, de le "juguler", voire de "l'abattre", on a utilisé tous les moyens thérapeutiques, depuis les sels inorganiques jusqu'aux alcaloïdes les plus toxiques, en passant par les sels d'or, l'électricité et l'hydrothérapie. Ceux qui ont utilisé un moyen nouveau en ont toujours vanté les résultats, bien peu étonnants quand on constate que la crise délirante eût passé au moins aussi rapidement par une saine expectation, avec des chances d'empoisonnement en moins. Un des plus employés de ces médicaments, l'hydrate de chloral, devrait être définitivement proscrit de la thérapeutique du delirium ; il peut mettre en grand danger la tonicité cardiaque d'un malade dont le cœur est déjà *locus minoris resistentiæ*.

C'est seulement dans les cas graves, quand l'agitation violente, continue et prolongée menace directement la vie du sujet, qu'il sera permis de chercher à provoquer le sommeil. Quoi qu'en disent Troussseau et Pidoux, le seul médicament vraiment utile dans ces cas, c'est l'extrait d'opium, prescrit à haute dose, sous forme de potion, de la manière suivante :

|                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| R. Extrait d'opium..... | 10 centigrammes |
| Sirop de noublon.....   | 30 grammes      |
| Eau gommeuse.....       | 120 "           |

A prendre en un jour.

Il va sans dire que la quantité de médicament actif devra être diminuée aussitôt que se manifesteront quelques signes de sommeil.

Parmi les complications du delirium tremens, la plus redoutable est l'adynamie cardiaque ; tout délirant est un alcoolique dont les principaux organes : cœur, poumons, estomac, reins, sont tarés. Vienne une attaque sérieuse de delirium, et l'organe le plus affaibli supportera le premier les conséquences de l'intoxication. Dans les cas très graves, quand il y a tendance au collapsus, on administrera immédiatement au malade du *café fort* ; il ne faudra pas hésiter à agir directement sur le cœur au moyen des injec

tions sous-cutanées de caféine, de spartéine, ou mieux, de strophantine. Les cas de cette espèce sont rares ; quelle que soit leur gravité, ils ne sont *jamais justifiables de l'alcool* ; je ne crois pas que le vin ou le cognac ait sauvé un seul malade atteint de delirium tremens. Ce poison, que l'on introduit dans l'organisme au moment où celui-ci cherche à s'en débarrasser, ne peut amener aucun résultat favorable, et nous possédons assez de toniques du cœur pour qu'il ne faille pas avoir recours au toxique qui est la cause de tout le mal.

Supposons, comme c'est la règle, que le sommeil critique soit obtenu au bout de quelques jours : le malade cesse de délirer, le sommeil se rétablit graduellement, mais tout n'est pas fini ; nous nous trouvons en présence d'un sujet très débilité, qu'il faut chercher à *tonifier par tous les moyens*. La muqueuse gastrique, atteinte de catarrhe, digère mal ; on se trouvera bien alors de prescrire la potion stimulante suivante, dont la saveur plaît au goût, et qui remplace pour l'estomac l'excitant habituel :

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| R. Poudre de gingembre..... | 15 grammes |
| Calamus aromaticus.....     | 10 “       |
| Cannelle.....               | 2 “        |

Faire infuser dans 200 grammes d'eau bouillante et ajouter :

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| Extrait de capsicum.....             | 50 centigrammes |
| Sirop d'écorces d'oranges amères.... | 50 grammes      |

M. f. pot. à prendre, par cuillerée à soupe, quatre à cinq fois par jour.

On fera prendre au convalescent, progressivement, son régime habituel, dont l'alcool devra être complètement exclu si l'on ne veut pas voir se produire une récidive à bref délai.

---

#### Métrorrhagies.

D'après M. LEMAIRE, les écoulements métrorrhagiques des 6 premiers mois de la grossesse sont liés à un processus d'endométrite déciduale. Ces écoulements affectent 3 types : 1° hydrorrhée ; 2° hydro-hématorrhée ; 3° hématorrhagie.

A l'inverse des écoulements liés au placenta prævia, ceux-ci n'affectent jamais la forme foudroyante. Tout le danger généralement consiste dans les suites de leur répétition et de leur ténacité : ils donnent naissance à un état d'anémie susceptible à la vérité de guérir, mais pouvant devenir mortel. Le diagnostic de ces écoulements et de leur origine est des plus faciles. Cependant, si on se trouve en présence d'une femme cachectisée, on peut

éprouver quelques difficultés pour décider si l'affaiblissement de l'état général est la cause ou l'effet des pertes du sang. L'examen hématoscopique permettra de trancher la question.

*Gaz. Hebdom de Méd. et de Chir.*

---

### **Conférence pour l'Externat des Hôpitaux de Paris.**

*Anatomie, Pathologie et petite Chirurgie*, par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. 1 vol grand in 8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi mensuels, depuis le 1<sup>er</sup> Janvier. Chaque fascicule : 1 fr. Librairie J.-B. Ballière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois ont réuni un choix des questions d'anatomie, de Pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens posent aux candidats du concours de l'externat et dont ils jugent par là même la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débiter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible, et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection, ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En Pathologie, ils donnent la préférence à un plan clinique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen du malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration. s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

---

# RAPPORT DE SOCIÉTÉS

## Société Médicale de Québec.

*Séance du 25 Octobre.*

C'est avec un plaisir bien marqué que M. le Président souhaite la bienvenue aux nombreux membres revenus après trois mois de vacance prendre leur place autour du fauteuil présidentiel.

Tous se sentent animés d'une nouvelle ardeur pour travailler à la réalisation des idées qui ont pris germe à la convention du 2<sup>o</sup> juin. On est visiblement heureux de se revoir, et tout laisse présager une année fertile en résultat tant au point de vue scientifique que professionnel.

Monsieur le Docteur Brochu fait rapport d'un cas de sa clinique de l'Hôtel-Dieu, d'un haut enseignement pratique au point de vue du diagnostic différentiel de l'hystérie et des maladies médullaires

Un rapport détaillé en sera fourni dans un prochain numéro ainsi que celui d'un autre cas très intéressant rapporté par M. le Dr A. Rousseau dans lequel il s'agissait d'établir le rapport de cause à effet entre l'hydronéphrose avec anurie persistante et la présence d'un énorme calcul vésical extrait au cours du traitement.

Vint ensuite l'importante question de la fondation de cette grande association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, fruit de notre première Convention.

M. le Dr Brochu qui a été le premier à en émettre l'idée au Conventum de Juin, exposa sommairement les grandes lignes que réclamait une telle organisation et énonça brièvement les principes qui devaient lui servir de base pour parvenir à lui assurer un heureux fonctionnement

M. le Dr Art. Simard parlant dans le même sens, fait un chaleureux appel à tous les médecins au cœur vraiment français pour les engager à unir leurs efforts afin d'assurer le succès d'une cause aussi vitale pour nous.

Après lui, M. le Président félicita hautement les promoteurs de ce beau mouvement. Il s'appliqua surtout à en démontrer l'opportunité et tout le bien qu'une telle Association est appelé à rendre dans notre pays.—Il se déclara enchanté du lieu de sa naissance.

Il appuya sur le fait que son existence était devenue absolument nécessaire par suite de l'oubli dans lequel nous a jeté l'Association Médicale Canadienne.

Bien que d'origine toute française, qu'elle fut née ici à Québec, qu'elle ait été organisée par un Canadien Français, cette Société nous a obligé à la considérer aujourd'hui comme une association plutôt anglaise ne répondant plus au but pour lequel on l'avait créée. Il demande alors la formation d'un comité pour l'organisation de cette Société d'un nouveau genre dans notre pays.

Messieurs les Docteurs L. J. A. Simard M. Ahern, M. Brochu, Aib• Marois, Art. Simard, A. Rousseau, P. V. Faucher, A. Jobin, et C. R. Paquin sont appelés à faire partie du dit comité avec pouvoir de s'adjoindre d'autres membres pour le besoin de la cause.

Ce comité doit se mettre immédiatement à l'œuvre pour s'assurer la formation de comités semblables dans les grands centres et s'entendre avec eux pour préparer un prospectus devant être distribué sans retard à tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord, et enfin voir jeter les bases d'une constitution à cet effet.

La séance est ajournée au 29 Novembre.

Par Ordre

C. R. PAQUIN, *Secrétaire.*

---

## **1ère Convention Médicale de Chicoutimi.**

Les médecins des régions du Lac St-Jean et de Chicoutimi et Saguenay se sont réunis en convention générale dimanche le 11 novembre 1900 à Chicoutimi.

Le but de cette réunion est de resserrer davantage les liens d'amitié qui devraient toujours unir les membres d'une même profession, et de tirer le meilleur profit possible de cette amitié, tant pour les médecins eux-mêmes que pour leurs patients.

A cette convention sont présents : Messieurs les Docteurs L. E. Beauchamp de Chicoutimi, J. X. Poliquin de St-Félicien, T. Myrand de St-Alphonse, Edmond Savard de Chicoutimi, François Lourde de St-Jérôme,



E. S. Fluhman de Roberval, E. A. Claveau de Ste-Anne, H. Toussignant de St-Joseph d'Alma, D. Warren et A. Riverin de Chicoutimi.

Lu un télégramme du Dr Constantin de Roberval nous disant qu'il n'a pu venir à la convention vu qu'il a manqué le train à Roberval.

Proposé par le Dr Edmond Savard, secondé par le Dr Frs Plourde que le Dr L. E. Beauchamp soit élu président. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr T. Myrand, secondé par le Dr E. A. Claveau, que le Dr Poliquin soit élu vice-président. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr E. Savard, secondé par le Dr F. Plourdes, que le Dr A. Riverin soit élu secrétaire. Adopté unanimement.

Lu les lettres des autres médecins, A. Talbot de Hébertville, T. Nesbitt de Chambord et J. Côté de Tadousac qui n'ont pu se rendre à la convention.

Proposé par le Dr Warren, secondé par le Dr T. Myrand que le Dr J. Constantin soit élu secrétaire correspondant pour la région du Lac St Jean. Adopté unanimement.

Proposé par les Drs Edmond Savard et Poliquin, secondé par les Drs F. Plourde et E. A. Claveau que les médecins du district de Chicoutimi et Lac St Jean réunis en convention générale à Chicoutimi le 11 novembre regrettent :

1° Qu'un trop grand nombre de médecins non licenciés et de charlatans aient leur coudés franches pour la pratique illégale de la médecine dans notre district, et ce au détriment des médecins porteurs de la licence provinciale.

2° Que la loi du C. M. & C. P. Q. paraisse inefficace ou appliqué trop mollement dans bien des cas soit par faveur ou autrement.

En conséquence il est ré-olu unanimement :

1° Que tous les médecins de la convention désirent que la loi soit appliquée avec toute la rigueur possible dans tous les cas de pratique illégale de la médecine.

2° Que si la loi actuelle n'est pas suffisante le C. M. & C. P. Q. doit travailler et travaille de toutes ses forces à l'amender.

3° Que le Dr J. Constantin soit chargé de transmettre cette résolution au C. M. & C. P. Q. l'assurant de l'entier dévouement des médecins de la convention et de leur influence auprès des députés de la Législature afin d'obtenir la modification de la loi actuelle s'il y a lieu.

4° Que cette résolution soit envoyée à l'*Union Médicale* et à la *Revue Médicale* de Montréal, et au *Bulletin Médical* de Québec avec prières de publier.

Proposé par le Dr. D Warren, secondé par le Dr Fluhman et adopté unanimement qu'à l'avenir tous les médecins présents s'engagent sur l'honneur à ne faire aucun accouchement ordinaire pour moins de trois piastres, un tel accouchement n'occasionnant pas une perte de temps de plus de six heures. Un supplément de vingt-cinq cents sera exigé en sus pour chaque heure subséquente de détention, et pour application de forceps cinquante cents en montant.

Pour hémorrhagie, cinquante cents en montant.

Pour adhérence du placenta, cinquante cents en montant.

Pour accouchement gemellaire, quatre piastres.

Proposé par le Dr Savard, secondé par le Dr Riverin et approuvé unanimement qu'à l'avenir aucun médecin ne délivre de certificats pour boisson les dimanches et les jours de fête.

Proposé par le Dr Savard secondé par le Dr T. Myrand que la prochaine réunion ait lieu à Roberval dans les derniers jours de juin. Adopté unanimement

Proposé par le Dr Savard secondé par le Dr Riverin que les dépenses de cette première assemblée soient payées par les médecins de Chicoutimi. Adopté unanimement.

Proposé par le Dr Plourde secondé par le Dr Poliquin que des remerciements soient votés aux médecins de Chicoutimi pour l'aimable hospitalité qu'ils ont donnée à leurs confrères. Adopté unanimement.

Monsieur le Président remercie en termes chaleureux tous les confrères qui n'ont craint ni la distance, ni le mauvais état de la température et des chemins pour se rendre à cette réunion. Il espère que les absents adopteront les résolutions passées à la convention et ainsi nous vivrons tous la main dans la main, prêts à nous supporter les uns les autres pour notre plus grand avantage et celui de nos patients.

Et l'assemblée est close.

A. RIVERIN, M. D.

Secrétaire.

## Sociétés de District.

Nous sommes ou ne peut plus heureux de constater que la Convention de la Société Médicale de Québec commence à manifester ses bons effets pour ce qui regarde l'organisation de Sociétés de District. Jusqu'à ce jour les médecins du District de Saint François, seuls, pouvaient s'imposer à l'admiration de leurs confrères pour avoir alimenté depuis de nombreuses années un Comité d'études médicales dans leur région.—

Cette société vient de manifester tout dernièrement sa vitalité en publiant le rapport d'une séance bien remplie, au cours de laquelle eut lieu l'élection annuelle de ses officiers. En voici les noms :

|                     |                       |                        |
|---------------------|-----------------------|------------------------|
| Président :         | M. le Dr T. L. Brown, | Richmond.              |
| Vice-président :    | “ “                   | Stevenson, Coaticooke. |
| 2e Vice président : | “ “                   | Rioux Sherbrooke,      |
| Secrétaire ;        | “ “                   | Thomas, Lennoxville,   |
| Ass. Secrétaire ;   | “ “                   | Gad bois, Sherbrooke,  |

*Membres du Conseil* : MM. les Drs Smith, Lamy et Pelletier.—

Que tous ces médecins veuillent bien recevoir nos sincères félicitations pour avoir ainsi mérité la confiance de leurs confrères et pour leur zèle et leur dévouement à la cause médicale.

Aujourd'hui les médecins de St-François ont trouvé de zélés imitateurs parmi nos confrères du district de Chicoutimi, Saguenay et Lac St-Jean. Nous ne saurions trop les féliciter de cette généreuse initiative.

A notre point de vue, nous croyons que c'est là le puissant moyen de réaliser cette union étroite que nous rêvons tous depuis longtemps pour les membres de la profession dans notre pays.—

Comme il est admis que les médecins d'un même comté et à plus forte raison d'un même district, se connaissent trop peu pour ne pas dire très mal, que la presque totalité des griefs qui existent ordinairement entre eux sont dûs au fait qu'on se voit le plus souvent à travers le brouillard de l'intérêt personnel ou de la mauvaise foi de ses clients, il reste acquis qu'en se réunissant plus souvent, qu'en prenant le moyen de se mieux connaître pour s'estimer tous les jours davantage, on se sentira plus forts, plus unis pour travailler de cœur-joie à la consolidation d'intérêts divers qui pour être généraux, n'en seront pas moins personnels.

A nous de faire des vœux pour que ce bel exemple que viennent de donner nos amis de Chicoutimi soit suivi par tous les autres districts.

Lors même que ces sociétés n'auraient qu'une existence nominale, nous est avis qu'elles seraient encore appelées à faire beaucoup de bien, ne fût-ce que pour faciliter le travail d'organisation au jour des grandes luttes ou chaque fois qu'il convient de s'unir pour atteindre un même but, assurer le triomphe de grandes idées ou de quelques réformes sérieuses.

Maintenant qu'il va falloir faire face au système d'élection par district, chaque district aura besoin du secours d'une telle association.—Ainsi les médecins qui auront assez mérité la confiance de leurs confrères pour occuper les charges officielles de leur Société seront tout désignés d'avance à des postes plus élevés.

De plus, toutes les fois qu'un comité *central-général* aura besoin de communiquer avec les autres districts il saura à qui s'adresser pour que tout le monde soit satisfait.—Il est vrai que dans l'exécution de ce projet on rencontrera ça et là des embarras plus ou moins sérieux, mais avec l'enthousiasme et le patriotisme qui se sont manifestés au sein de nos districts depuis quelques années, mais surtout lors du Conventum du 25 juin, avec la bonne volonté et le désintéressement qu'on remarque chez le plus grand nombre, le succès en sera rendu peut-être plus facile qu'on n'y le pense à ceux qui auront le courage de prendre de nouvelles initiatives.—

Ainsi nous ne doutons pas qu'avant longtemps chaque district au moins, aura son comité d'études médicales où tout médecin pourra s'occuper d'une façon plus effective de ses intérêts locaux trop souvent lésés pour ne pas dire méconnus.

Voilà donc sommairement les aspirations les plus chères de la Société Médicale de Québec à l'égard de notre profession, qui depuis quatre ans a marché sans faiblir vers le but qu'elle s'était proposée d'atteindre. Ce but nous le connaissons : c'est d'assurer la suprématie de la science médicale française dans notre pays ; c'est de supporter notre grande Université contre les attaques du dehors ; c'est le maintien du niveau de nos études contre les empiètements et les prétentions de certains voisins, c'est en un mot l'honneur de notre vie nationale et scientifique qu'elle croit entrevoir aujourd'hui dans la résultante de toutes les forces vives de ces sociétés de demain.

DR. C. R. PAQUIN.

---

## Rapport mensuel de l'Hôtel-Dieu

POUR LE MOIS D'OCTOBRE.

|   |     |
|---|-----|
| Malades sous traitement le 1er octobre..... | 94  |
| Malades admis dans le cours du mois.....    | 108 |
| Sont partis guéris ou améliorés.....        | 96  |
| Nombre de morts.....                        | 6   |

Au dispensaire des maladies des yeux, oreilles, nez et gorge, une moyenne journalière de 17 malades internes et de 7 externes ont été vus par les médecins soit pour consultation, soit pour traitement et 21 opérations ont été faites dans ce service.

La chirurgie et la gynécologie ont fourni 45 opérations sous chloroforme et 9 à la cocaïne ; à part cela des soins et des traitements ont été donnés dans plusieurs cas qui ne réclamaient pas d'anesthésique :

|  |   |
|--|---|
| Ovariectomies.....                           | 7 |
| Hystérectomie abdom. totale.....             | 1 |
| "    supra vaginale.....                     | 3 |
| Curettages utérins.....                      | 2 |
| Périnéorrhaphies.....                        | 2 |
| Cures chirurgicales de hernie inguinale..... | 3 |
| "    "    "    ombilicale.....               | 1 |
| Néphrotomie.....                             | 1 |
| Néphropexie.....                             | 1 |
| Amputation du col.....                       | 2 |
| Evidement commissural du col.....            | 1 |
| Laparatomie dans tuberculose abdominale....  | 2 |
| "    "    obstruc. intestinale.....          | 1 |
| Appendicites suppurées.....                  | 3 |
| Taille périnéale.....                        | 1 |
| Griffes dermo-épidermiques.....              | 1 |
| Taxis sous chloroforme.....                  | 1 |
| Ponction d'ascite.....                       | 1 |

|  |       |
|--|-------|
| Ablations de sein .....  | 4     |
| “ d'épithéliome de la lèvre.....                                     | 1     |
| “ de sarcome de l'intestin .....                                     | 1     |
| “ “ du genoux.....   | 1     |
| “ angiome du cuir chevelu .....                                      | 1     |
| “ kystes sebacés.....  | 2     |
| “ de ganglions du cou.....   | 2 cas |
| Ouverture de trajet fistuleux.....                                   | 1     |
| “ d'hygroma du genoux .....  | 2     |
| Arthrites traitées.....  | 3     |
| Fracture de jambe traitée.....                                       | 1     |
| “ avant bras traitée .....   | 1     |
| “ maxillaire inf. (suture osseuse).....                              | 1     |
| Luxation du pouce réduite.....                                       | 1     |
| Sutures dans broiement de doigts.....                                | 2 cas |
| “ “ entailles accidentelles.....                                     | 2 “   |
| Extrac. de corps étrangers dans la main.....                         | 1     |
| Accidents de chasse traités particulièrement...                      | 2     |
| Ulcérations diverses, cautérisées ou traitées<br>méthodiquement..... | 6     |

Il nous plairait beaucoup de pouvoir vous donner toujours intégralement le résultat des opérations qui sont faites ici, mais cette satisfaction nous sera souvent refusée et le plus souvent nous n'entendons plus parler d'un grand nombre de ceux qui quittent l'hôpital dès qu'ils se sentent améliorés ou en voie de guérison.

L. G. PINAULT,  
*Chirurgien interne*

Hôtel-Dieu du Précieux Sang.

---

### Société Médicale de Québec.

---

La prochaine séance de cette société aura lieu le 29 novembre à 8½ p. m. à l'Université-Laval.

Par ordre

C. R. PAQUIN,

*Secrétaire.*

## L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

C'est avec un plaisir bien légitime que nous constatons l'intérêt tout particulier que les journaux politiques attachent, déjà, à l'organisation de cette grande Association dont notre Société Médicale a pris l'initiative, à la convention des médecins du district de Québec.

Nous ne pouvons nous empêcher de reproduire l'appréciation que vient d'en faire "le Soleil" l'un des grands journaux les plus répandus de notre ville, en portant à la connaissance de ses lecteurs l'origine, le but et les perspectives d'avenir de cette Association. Laissons parler cet organe accrédité de l'opinion publique.

" Nous sommes heureux de mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs les perspectives d'une nouvelle organisation, du plus grand intérêt, qui se prépare dans les sphères de la haute éducation, et d'une série de fêtes particulièrement remarquables dont notre ville sera le théâtre "en 1902"

" Depuis quelques années, déjà, notre vieille cité de Champlain, cette capitale de plus en plus appréciée de la province restée la plus française sur ce continent, malgré une séparation de plus d'un siècle d'avec la mère-patrie et une allégeance pleine de loyauté à la couronne d'Angleterre, a eu le privilège d'être choisie comme un lieu favori et du plus grand attrait, pour les conventions de nombreuses associations politiques, littéraires, scientifiques, etc., venant non seulement des provinces sœurs mais des différents centres de la grande République voisine. "

" Comme citoyens de Québec, nous ne saurions nous empêcher de rappeler avec orgueil, encore aujourd'hui, les deux grandes conférences diplomatiques, qui fixèrent le plus l'attention sur notre province et sur notre ville en particulier : la Conférence Interprovinciale et la Commission Internationale de l'Angleterre et des Etats-Unis, durant lesquelles on vit rassemblés alternativement dans nos murs, les représentants les plus autorisés des provinces confédérées du Dominion, puis ceux des deux grandes puissances dont nous sommes les plus rapprochés, afin de discuter les questions les plus importantes qui intéressaient notre avenir politique et les conditions de l'équilibre international avec nos puissants voisins. "

" Ajoutons que, dans ces deux mémorables conférences, le peuple de la province de Québec avait la satisfaction de voir figurer au premier rang

et comme l'âme de ces aréopages, les deux chefs politiques canadiens-français qui ont fait le plus honneur à notre race et qui, dans tout le cours de leur carrière administrative, ont servi le plus à relever, aux yeux des peuples étrangers, le prestige et la valeur de notre nationalité. Rappelons, en premier lieu, le nom de feu Honoré Mercier, le chef le plus patriotique de notre politique provinciale, qui ne rêvait rien tant que de voir briller et exalter le nom de sa chère province et dont les aspirations et tous les grands projets convergeaient vers le but légitime et patriotique de consolider l'unité de la race canadienne française sur ce continent, tout en respectant les liens politiques qui nous unissent à la Grande Bretagne, notre mère-patrie d'adoption. Citons en deuxième lieu, ce canadien éminent entre tous, Sir Wilfrid Laurier, qui préside aujourd'hui avec tant de tact et de bonheur aux destinées de la Confédération du Canada, la plus importante des colonies de l'Empire Britannique, et dont les brillantes qualités comme homme d'Etat, ont jeté un si vif éclat sur le nom canadien français, même aux yeux des principaux pays d'Europe."

" Québec doit, pour une bonne part à son triple cachet de ville historique, de place militaire et de site pittoresque, l'avantage d'exciter l'attraction et l'intérêt des étrangers instruits ; et l'on reconnaît, de plus en plus, que le mouvement général d'orientation dont cette ville, remarquable par son originalité, a été ainsi favorisée, n'a pas été sans réveiller, parmi nous, un essor inaccoutumé vers le progrès, dans toutes les sphères de notre activité—commerciale, industrielle comme politique et intellectuelle. "

" Parmi les nombreuses conventions dont notre ville a été le théâtre recherché, cette dernière année, et qui permettent d'espérer les plus heureux résultats pour notre avenir, nous nous plaisons à rappeler de nouveau à l'attention publique la convention des médecins du district de Québec, réunis, ici, sous l'invitation de la Société Médicale, de cette ville, en commémoration de la quatrième année de son existence, et de la première de la fondation du journal de médecine, qui lui sert d'organe, " LE BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC "

" Le programme de cette convention, toute régionale, était cependant le plus large et le plus patriotique. A part les sujets d'intérêt scientifique les plus d'actualité, deux questions du plus haut intérêt professionnel avaient été inscrites sur ce programme. "

1<sup>o</sup> La question d'une réciprocité interprovinciale pour les diplômes universitaires et l'établissement d'un Bureau fédéral pour contrôler l'admis-



sion aux études et la licence pour la pratique libre de la médecine dans l'une ou l'autre des provinces du Dominion.

2° La question d'une organisation générale de la profession médicale française, en ce pays, de manière à lui assurer un rôle d'ensemble plus ouvert et plus prépondérant, tant au point de vue de l'avancement dans les études scientifiques et dans l'art professionnel qu'au point de vue de la protection des intérêts communs et de l'influence sociale du médecin.

“ Comme couronnement des travaux de cette convention, qui fera certainement époque dans les annales de la médecine de notre province, le docteur D. Brochu, professeur à l'Université Laval, se faisant l'interprète de ses collègues de la Société Médicale de Québec, soumit à la considération de l'assemblée une proposition à l'effet de jeter les bases d'une association médicale qui devait s'étendre à tous les médecins de langue française non seulement du Dominion du Canada mais de l'Amérique du Nord également : l'orateur faisant remarquer que dans ce grand ralliement de la famille médicale canadienne-française, il ne fallait pas oublier un nombre déjà considérable de jeunes médecins de notre nationalité qui se sont répandus, depuis plusieurs années, dans les différents centres de la République voisine, où l'émigration exotique de notre pays s'est implantée et où des groupes importants d'une population qui partage notre origine, s'y développent désormais, comme dans une seconde patrie. Ces médecins, pour la plupart diplômés de nos écoles de médecine, et fidèle au souvenir de la mère patrie, aiment à continuer la chaîne des relations confraternelles et des mêmes traditions scientifiques qui les unissent à leurs confrères du Canada, au beau temps de leur éducation universitaire. ”

“ Cette association internationale serait destinée à combler une lacune depuis longtemps ressentie, en offrant un centre de ralliement et d'unité favorable à l'essor des études et de la science, pour tous les médecins de même origine ou de même langue sur ce continent. Le rôle fondamental qu'on pourrait lui assigner se résumerait à la réalisation d'un double but :

1° d'organiser des congrès périodiques de médecine, qui se tiendraient alternativement dans les différentes villes de notre province et dans les principaux centres de l'émigration française aux Etats Unis.

2° De promouvoir la fondation de sociétés médicales, dans tous les districts où peuvent se rencontrer des groupes assez nombreux de médecins zélés pour les études scientifiques et ayant à cœur l'avancement et le prestige de leur profession. ”

La proposition de ce vaste projet fut soumise devant un auditoire de plus de cent cinquante médecins représentant l'élite de la profession médicale de cette province : elle ne manqua pas de rallier facilement les vœux unanimes, car il est bien reconnu que ces congrès scientifiques et ces sociétés d'études sont les plus puissants leviers pour assurer le progrès et le développement des connaissances humaines comme par relever le niveau de l'éducation professionnelle.

" Il nous fait plaisir d'ajouter que notre ville de Québec, d'où cette heureuse inspiration était partie, fut tout naturellement choisie pour être le siège du futur premier congrès de cette association internationale : privilège qui lui était d'ailleurs assuré à plusieurs autres titres, tant par le fait, qu'elle est encore la capitale française toujours appréciée, la ville la plus riche en souvenirs de notre histoire, que parce qu'elle a été, en même temps le foyer de la première université française, fondée sur ce continent.

Ce projet d'un intérêt scientifique, et national tout à la fois, fut mis en avant comme le corollaire d'une autre proposition faite par M. le docteur Paquin, secrétaire de la Société Médicale de Québec, invitant chaleureusement les médecins, réunis dans cette convention, à prendre l'initiative d'une organisation pour fêter dignement le cinquantième de la fondation de l'Université Laval, le principal foyer de la science française en ce pays, qui aura lieu en 1902. "

Le journal cite alors plusieurs extraits du discours prononcé par le Dr Brochu, en développant les raisons à l'appui de sa proposition, et qui laissent le mieux entrevoir les perspectives que la profession médicale peut espérer pour cette nouvelle association ; il termine ainsi :

" En définitive conclut le Dr Brochu, la profession médicale canadienne française de cette province pénétrée du sentiment de ses forces vives, en face des progrès réalisés durant ces dernières années, peut envisager l'avenir avec confiance et nourrir des ambitions élevées et patriotiques. Le projet d'une association de tous les médecins de l'Amérique du Nord, pour un but scientifique, sera accepté, il n'en doute pas, comme un projet du plus haut intérêt pour l'avenir et le prestige de la profession médicale: sa réalisation lui permettra de prendre rang à l'égal des autres nationalités et servira à consolider l'unité de la race canadienne française en Amérique, et, cela, sans que notre loyauté ait besoin d'être mise en doute."

" Et puisque le corps médical sera appelé à prendre l'initiative des

fêtes des noces d'or de notre Université nationale, en 1902, il lui semble que le plus bel hommage que les médecins de Laval pourront offrir à cette Alma Mater, pour prouver à la face du pays tout entier, sa vitalité et le rôle fécond et bienfaisant qu'elle a joué pour le bien de notre nationalité, sera précisément ce congrès international qui réunira, à ce foyer de lumière et de science, toute la grande famille médicale française de ce continent, parmi laquelle elle reconnaîtra, pour une grande partie, ses anciens élèves brillant au premier rang."

"Le Dr Brochu se plaît à affirmer, sans hésitation, qu'un premier congrès de médecine française, en Amérique, associé à la célébration des fêtes commémoratives de la fondation de la première Université française sur ce continent, ne saurait manquer d'avoir le plus grand éclat et le plus grand retentissement, ici et en Europe, surtout en France, notre ancienne mère-patrie; et l'on peut dire sans présomption qu'il nous attirerait de précieuses adhésions de l'autre côté de l'Océan et un bon nombre des notabilités de la science française. En effet, ces médecins distingués, l'honneur de leur pays, qui ont surtout l'orgueil de leur race, ne sauraient rester indifférents à l'œuvre du ralliement et du perfectionnement de l'éducation de la grande famille médicale française, dont les divers groupes, répandus sur la surface de ce vaste continent, ne cessent de lutter avec persévérance pour conserver la langue et les traditions scientifiques de leur commune mère-patrie."

Vu l'importance du sujet, nous avons tenu à mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les détails relatifs à l'origine et au développement du vaste projet soumis par le Dr Brochu à la dernière convention des médecins de ce district le jour de notre fête nationale à Québec.

C'est un projet dont l'importance n'échappera à personne et qui fait particulièrement honneur à son promoteur et à la Société Médicale de Québec.

Ce projet nous paraît être une idée lumineuse; et, de même que les fêtes commémoratives de la fondation de l'Université Laval, il sera destiné à jeter le plus grand éclat sur notre ville de Québec et à confirmer davantage la réputation dont cette vieille capitale française a toujours joui, celle d'être l'Athènes du Canada et le foyer des idées généreuses et patriotiques."

---

Messrs Henry K. Wampole & Cie, de Philadelphie, inventeurs et seuls manufacturiers de "La Préparation parfaite et sans mauvais goût de l'Extra t d'Huile de Foie de Morne de WAMPOLE," "MILK FOOD," et d'autres spécialités (qui ont toujours été introduites et exploitées par la voie seule des professions médicales et pharmaceutiques), afin de faire droit aux demandes sans cesse et rapidement croissantes de leur maison d'affaires en Canada, ont par l'addition d'une nouvelle aile, tellement agrandi leur laboratoire de Toronto, qu'il est maintenant double de ce qu'il était auparavant.

Ils ont aussi fourni d'appareils et de machines les plus modernes, les départements pour la fabrication de leurs Piles Pulvérisables, de leurs Tablettes Comprimées et Moulées, de leurs Sels Granulaires Effervescents, etc.

On nous dit qu'ils sont érasés par les commandes de ce temps ci, ce qui est la preuve la plus évidente de l'approbation (tant par le médecin que par le pharmacien) de leurs préparations, tout aussi bien que de leur genre d'affaires.

Demandez leur plus récente liste de prix.

**Excellent avantage.**

Le Dr X. Plouffe, de Montréal, désirant aller à Paris pour poursuivre ses études, pour un an ou même plus, offre en vente son joli petit cottage de l'Avenue de l'Hôtel de Ville No. 408. Vendrait en même temps tout le ménage complet : chevaux, voitures, volailles, meubles, instruments, et une magnifique bibliothèque, en parfait ordre.

## Préparations

# DE LA COMPAGNIE DE THÉ DE BŒUF OXOL

**THÉ DE BŒUF LIQUIDE en bouteille**

½ oz, 2 oz, 4 oz, 8 oz et 16 onces.

**PÂTE DE THÉ DE BŒUF dans des jarres en verre blanc**

de 2 oz. et 4 onces.

**PÂTE DE THÉ DE BŒUF en boîtes**

de 2, 4, 8 et 6 onces

**THÉ DE BŒUF LIQUIDE en bouteilles pour les usages**

domestiques culinaires, en bouteilles

de 8 et 20 onces.

**PASTILLES DE BŒUF, POUDRE DE BŒUF etc.**


Ces préparations gagnent rapidement la faveur générale, et comme leurs mérites deviennent de mieux en mieux connus, elles sont destinées à devancer toutes les autres préparations semblables qu'on rencontre sur le marché.

On s'en sert dans les meilleurs hôpitaux de Montréal, Toronto, Winnipeg et d'autres villes. Elles contiennent un très grand pourcentage de fibrine et d'albumine, et leur riche saveur de bœuf les rend si agréables au goût qu'elles sont demandées par les plus faibles invalides.—Echantillons envoyés gratis aux médecins sur demande.


**Cie de Thé de Bœuf Oxol, . . . Montréal**

**Agent pour Québec: C. E. BOIVIN, 15 rue Jupiter, QUÉBEC.**

# PHARMACIE W. BRUNET & CIE



Cette pharmacie a maintenant une réputation justement méritée. Les médecins de la ville et de la campagne y trouveront les produits pharmaceutiques les plus nouveaux venant de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats Unis.



## W. BRUNET & CIE

PHARMACIENS

139 ET 141, RUE ST-JOSEPH, ST-ROCH, QUEBEC.

---

### DOCTEUR

Voulez-vous, lorsque vous prescrivez l'émulsion d'huile de foie de morue, écrire le nom de la meilleure ?

Ne laissez pas ce choix à la discrétion des autres. Autrement le choix fait est toujours un des pires.

SCOTT & BOWNE

Toronto