

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

SOMMAIRE

TRAVAUX ORIGINAUX.	PAGES.
<i>Cancer du col utérin compliquant la grossesse</i> , par Eugène ST-JACQUES, M. D., (de Paris).....	513
<i>Quelques gynécologues européens de renom</i> , par A. Laphorn SMITH, professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop, Montréal.....	524
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.—	
<i>Séance du 14 juillet 1898.</i> —E. P. CHAGNON, secrétaire.....	529
ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.	
<i>Réunion annuelle 1898.</i>	537
REVUE DES JOURNAUX.	
MÉDECINE.	
<i>De l'existence d'un micro-organisme associé à des cas de cirrhose hépatique progressive d'origine porte</i> , par J. G. ADAMI, professeur de pathologie à l'Université McGill de Montréal.....	548

(Voir la suite, page 3.)

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

LISTERINE

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

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

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

Affections causées par la DIATHESE URIQUE

LAMBERT'S LITHIATED HYDRANGEA

Altérant des Reins—Anti-Lithique

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

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

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

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

En écrivant mentionnez ce journal.

Dr J. LEDUC & Cie

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

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

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

AU-DESSOUS DU PRIX COUTANT

Thermomètres Cliniques certifiés (Taylor).....	\$1.00
“ “ “ “	1,25
“ “ “ “	1.50
Avec chacun de ces thermomètres nous donnerons un joli thermomètre de maison, échelle Fahrenheit.	
Seringues Hypodermiques.....	\$1.35
“ “ pour Sérum Anti-Diphthéritique.....	4.00
Batterie Electrique “North Star” Excellente Valeur.....	seulement 5.00
Aussi toujours en mains un assortiment complet des marchandises de MM. Parke, Davis & Cie.	



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

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs sèches.—Parfums,

Articles de toilette, etc.

 Prescriptions remplies avec soin. 

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

DR J. LEDUC & CIE

2052 & 2054 RUE NOTRE-DAME

Carré Chaboillez, Montreal.

SOMMAIRE (Suite)

PAGES.

CHIRURGIE.

De la cystostomie sus-pubienne dans le prostatisme ; création temporaire ou définitive d'un méat hypogastrique ; résultats de 114 opérations. Communication à l'Académie de Médecine de Paris, par M. le prof. A. POUCKET..... 554

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Deux accouchements provoqués : mensuration de la tête fœtale, par le Dr Paul BAR, professeur agrégé..... 561

Traitement des maladies et des troubles digestifs chez les femmes enceintes, par VINAY..... 564

REVUE D'HYGIÈNE.

Sur la prophylaxie de la tuberculose. Rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 3 mai 1898, par M. le prof. GRANCHER (suite).—La tuberculose dans la famille..... 569

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

La licence interprovinciale..... 574

J. H. CHAPMAN.

2294 — RUE STE-CATHERINE — 2294

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

BELL TELEPHONE 4396.

Instruments de Chirurgie de toutes sortes et de première qualité

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

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

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

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

H. J. CHAPMAN.

EXPOSITIONS UNIVERSELLES

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



CACHETS DIGNE

SOUPLES
RÉSISTANTS

Appareils

CONSERVATION INDÉFINIE

CACHETEUR

CAPELLIFORMES

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

COMPRESSO-DOSEUR

des *Cachets comprimés*

N° 000



N° 00



N° 0



N° 1/2



N° 1



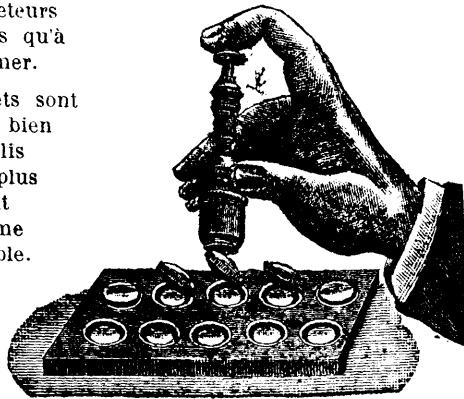
N° 2



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

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

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



HYPERCONCAVES

N° 00 — 0 — 1/2 — 1 — 2 et 3.



N° 00.



N° 0, etc.

CONCAVES

FORME BASSE N° 1 — 2 et 3.



N° 1, etc.

EXPÉDITIF-SIMPLIFIÉ

cacheteur des Cachets concaves et Hyperconcaves.

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

CACHETS DE COULEUR

Envoi franco d'Échantillons, Prospectus, Prix-Courants

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX

CANCER DU COL UTÉRIN

COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

Par Eugène St-Jacques, M. D.

Nous savons combien fréquemment l'épithélioma s'en prend à l'utérus. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur les tableaux comparatifs et l'on verra que si l'homme fait souvent sa part de dette au cancer, plus souvent encore malheureusement la femme y verse sa contribution,—chez elle l'ennemi s'en prenant avec plus de fréquence à l'utérus d'abord, au sein après.

Cette fréquence est d'autant plus décourageante que nos moyens de combattre les néoplasmes malins sont si limités et généralement si infructueux. J'insiste sur ce dernier point, de notre incapacité réelle contre ce vieil adversaire. En effet, malgré une guérison qui peut tout au plus se maintenir pour quelques années, on voit inmanquablement réapparaître l'élément envahisseur, qui sait, envers et contre tous, finalement triompher.

Qu'on parcourt la statistique des opérés et cherchons les cures radicales, persistantes j'entends : combien rares pour ne pas dire introuvables. C'en est tellement le cas, qu'une expérience de 40 ans au service de chirurgie nous disait récemment : " Des cas de cancer véritable au diagnostic du chirurgien, confirmé par le microscope du pathologiste, et opérés, je n'ai pas vu une seule guérison se maintenir, entendez-vous bien, pas une seule."

Et tous nous savons l'observation consciencieuse de Tillaux, puisque c'était le vieux maître qui parlait ainsi. L'opinion de Verneuil est connue, lui dont le scalpel osait à peine, sur la fin de sa carrière, attaquer un cancer, tellement convaincu d'avance il était de l'insuccès ultime de l'intervention (1).

(1) E. St-Jacques. Cancer du sein. *Union Méd. du Canada.*—Déc. 1898

De là donc, l'importance d'un diagnostic précoce et d'une intervention immédiate. Disons-le de suite, ce sont là les deux seules chances de succès : intervention précoce, intervention radicale.

OBSERVATION

Femme—36 ans.

Antécédents héréditaires : rien de particulier.

Vient consulter en juin 1898, à l'Hôpital Necker, pour pertes roussâtres depuis quelques semaines et persistantes.

Se dit enceinte de 4 mois.

Antécédents personnels : 2 grossesses. La première il y a 7 ans, —la seconde 5 ans. Les deux accouchements se sont bien passés, le dernier a été un peu difficile. Pas de forceps.

Les suites du premier ont été bonnes.

A la suite du second a commencé à souffrir des reins et un peu des deux côtés dans le bas-ventre.

Pertes blanches depuis,—tachant parfois en jaune.

Jamais rien de particulier à noter du côté des urines.

Pas de mictions fréquentes ni cuisantes en aucun temps.—Pas de règles depuis fin mars.

Examen : Toucher : col en position normale,—mou, pâteux, un peu gros. Déchirure latérale droite. On sent les lèvres comme granuleuses ou plutôt bourrelées de petites tumeurs kystiques très fines.

Corps augmenté de volume et correspondant à un utérus gravide de trois mois.

Légère sensibilité à la pression du côté des annexes que l'on sent difficilement.

Au speculum : col rouge, augmenté de volume, muqueuse en ectropion, ulcération avec fond à granulations grises.

Sécrétion plutôt séreuse que muco-purulente. Roussâtre aussi. A peine d'odeur.

Il y a là peu d'éléments locaux pour un diagnostic précis, et l'on voit donc toute la difficulté d'un diagnostic d'épithélioma du col à son début (comme on en verra le diagnostic détaillé plus loin), compliqué ici par un utérus gravide qui rend le col mou et cache ainsi précisément l'un des caractères spéciaux du cancer, à savoir sa dureté relative.

Et si nous cherchons quels sont les états pathologiques qui peu-

vent porter à la confusion, nous les trouvons multiples : Métrite du col avec ulcération,—col cystique et scléreux,—ulcération tuberculeuse,—myomes du col. Mais voyons la diversité des lésions cancéreuses du col.

I. Il y a la variété "*papillaire*," à forme végétante, dite en chouxfleur, où l'élément néoplasique débute sur la partie infra-vaginale du col, dans l'épithélium cylindrique de la surface externe du col. D'ici nous voyons toute la similitude avec l'ulcération bénigne qui en un bon nombre de cas est le terrain où à moment donné l'élément cancéreux fait son apparition. Il prend bientôt une apparence papillaire et fongueuse, et doué d'une vitalité hyperplasique marquée, il développe ses végétations au point en certains cas de cacher l'orifice du museau de tanche et la lèvre saine. Cette variété reste longtemps localisée, mais gagnant sur les tissus environnants elle semble plutôt éviter la cavité du col et de l'utérus pour se porter vers les culs-de-sac et envahir les tissus péri-utérins.

II. L'espèce *nodulaire* ou *parenchymateuse* se montre sous forme de noyau qui fait son apparition en plein tissu et se développe sous la muqueuse. Il envahit le parenchyme pour percer tôt ou tard et constituer une surface ulcéreuse.

III. La forme *cavitaire* ou *térébrante*, à évolution rapidement ulcéreuse, est tantôt sous-muqueuse à son début, ou d'emblée ulcéreuse. Le tissu utérin est graduellement rongé pour ainsi dire, et il est des cas où le col a complètement disparu.

Pour Pozzi (1) il est une quatrième variété qu'il appelle *vaginale*, ainsi dite par son point de début, qui est dans le vagin au cul-de-sac postérieur, envahissant de là à la fois le col et les parties voisines. Les ulcérations se font alors sur de grandes surfaces. Cette forme recevrait une dénomination spéciale moins d'après son apparence microscopique et son évolution que d'après son point initial.

Il est facile de voir combien nombreuses sont les affections locales qui peuvent donner le change et rendre le diagnostic des plus difficiles. Ainsi l'ulcération simple, granuleuse de la métrite du col aura plus d'un point de ressemblance avec la forme ulcéreuse végétante à son début : sécrétion muco-purulente et facilement sanguinolente, l'hypertrophie du col plus ou moins marquée suivant la congestion locale et la suractivité épithéliale des tissus, l'odeur des sécrétions. Et si la métrite est compliquée de déchirure du

(1) Pozzi. Traité de gynécologie. Livre V.

col, on sait la dureté relative que produisent ces lacérations par l'hyperplasie conjonctive consécutive,—sans oublier ces kystes du col, les œufs de Naboth, qu'on sent sous le doigt comme autant de petites masses, de petites granulations. Emmett (1) et d'autres (2) ont trop bien mis ces détails en lumière pour qu'il soit besoin d'y revenir.

Cependant, je dirai que l'ulcération cancéreuse à son début présente une certaine dureté, qu'elle est généralement franchement granuleuse, que les bords en sont irréguliers, tandis que le fond présente des points jaunâtres, que l'écoulement n'est pas muco-purulent proprement dit, mais plutôt séreux et moins visqueux. Si abondant est-il parfois, que la malade est obligée de se garnir.—Ces pertes sont roussâtres et d'une fétidité spéciale. N'insistons pas trop sur cette fétidité qui en général manque au début, n'étant franchement caractéristique qu'à la période avancée et dans le cancer du corps utérin.

Mais un des caractères les plus importants, la dureté, disparaît dans l'état de grossesse, où le col présente ce ramollissement si connu, ramollissement d'autant plus marqué que la grossesse sera plus avancée et l'évolution cancéreuse moins vieille. Dans le cas qui nous occupe, l'élément dureté doit se retrancher du cadre symptomatologique : le col est ici mou, pâteux quasi, sans que même vers l'angle de la déchirure, il soit possible de sentir le tissu cicatriciel.

Si, au lieu d'une ulcération, le col présente un noyau d'induration, le diagnostic sera peut-être encore plus difficile,—car il ne faut pas oublier les myomes du col. Cependant, sans attendre l'évolution du néoplasme, ce qui tranchera le diagnostic, il est au début quelques signes différentiels : ainsi le myome est plus nettement circonscrit, sans signes d'inflammation ou d'infiltration autour de lui,—la paroi vaginale est libre,—il n'est pas adhérent à la muqueuse comme dans le cas de cancer où le revêtement épithélial est fixe et bientôt ulcéré.

Si le néoplasme a fait son apparition sur la muqueuse intracervicale et se montre au museau de tanche, songeons à la possibilité d'un polype qui souvent se montre ulcéré et accompagné d'une sécrétion muco-purulente fétide, parfois sanguinolente. (3)

(1) Emmett.—Laceration of the cervix as a frequent and unrecognized cause of disease. *Amer. Jnal of Obst.* Nov. 1874.

(2) Breisky. *Wein. Med. Woch.* 1876. Nos 49 & 51.

(3) Spiegelberg. *Die diagnose des ersten Stadium's des Carcinoma colli uteri*—*Arch. fur Gyn.* 1872, p. 233.

Richet. *Gaz. des Hôpitaux*, août 1885, p. 770.

Le papillome bénin pourra donner le change pour les fongosités malignes par ses végétations, qui, sans être fréquentes, ne sont pas rares au cours des vaginites ou des plaques muqueuses. La multiplicité des végétations papillomateuses, leur apparence de "crête de coq," leur dissémination, l'absence de sécrétion fétide et roussâtre préciseront le diagnostic. J'ai dit bénin, et en effet ces éléments néoplasiques sont regardés comme de simples proliférations épidermiques sans malignité. "La pillome, dit Quenu (1), n'est qu'une lésion banale occasionnée par une irritation du derme tantôt simple, tantôt de nature septique ou virulente, parasitaire ou non."

Cependant, que ces proliférations indolentes puissent en certains cas et de fait évoluer vers la malignité, voilà qui ne fait pas doute. Plus d'une fois la vessie en a donné des preuves (2).

Quant à l'ulcération tuberculeuse du col, elle est rare il est vrai et les lésions de la trompe sont de beaucoup les plus fréquentes. Il en a été rapporté plus d'un cas, et fort intéressants par leurs indications pathologiques (3). Le processus tuberculeux du col portant également sur l'épithélium de revêtement de la surface, sur l'élément épithélial des glandes et sur le chorion, produira donc des lésions multiples avec un ensemble de caractères peu précis. Les lésions tuberculeuses concomitantes au poumon ou ailleurs mettront l'esprit en éveil. Le diagnostic somme toute en restera dans la grande majorité des cas au microscope, si on en juge par un cas de Péan, qui fournit à Cornil une de ses plus belles leçons (4). Le diagnostic clinique était demeuré douteux. L'aspect du col hypertrophié, induré, hérissé de végétations irrégulières, baigné d'un liquide muqueux, épais, jaunâtre, grumeleux, faisait redouter un cancer. Péan pratiqua l'hystérectomie totale : le microscope révéla des lésions étendues de tuberculeuses.

C'est donc généralement le microscope qui dira le dernier mot, par la découverte de follicules tuberculeux avec leurs cellules *géantes*, et signe plus pathognomonique encore, par les bacilles tuberculeux. Mais il ne faut pas compter sur ceux-ci, puisque dans le cas de Péan examiné avec la plus grande minutie, Cornil ne peut découvrir le Bacille de Koch, bien que les inoculations faites à des cobayes donnèrent naissance à une tuberculose bacillaire.

(1) Quenu. Les Tumeurs. Grand Traité de chir. p. 352.

(2) Albarran. Les tumeurs de la vessie, p. 82 et 83.

(3) Laboulbène. Elém. d'anat. pathol., p. 689.

Cornil. Leçons sur l'anal. pathol. des métrites, 1889, pp. 78.

Winter. Centralb. fur Gyn., 1887, p. 498.

(4) Cornil. Loc. citée.

Voilà pour l'épithélioma du col à ses débuts ;—quant à la période d'état ou avancée, le diagnostic ne laisse pas de doute.

Diagnostic du cas présent : L'écoulement roussâtre et persistant fait songer au cancer, en lisant les détails donnés par la malade. Ce col un peu gros qu'on trouve au toucher inclinerait à confirmer ce soupçon. Mais il manque la dureté : qu'ici cependant il ne faut pas attendre vu l'état gravide de l'utérus.

L'œil ne fournit rien de précis, les bords de l'ulcère, il est vrai, sont irréguliers, le fond présente des points jaunâtres. Mais on ne saurait mettre de côté l'ulcération tuberculeuse, bien que de ce côté les antécédents de la malade, de même que son état actuel général, soient excellents.

En somme, le microscope devra dire le dernier mot. En effet, le pathologiste rapporte, après examen des débris pris sur place, un épithélioma du col utérin.

Anatomie Pathologique : En deux mots. Nous trouvons trois variétés. L'épithélioma *Pavimenteux*, auquel se rattachent plutôt les formes superficielles, Ep. Papillaire et vaginal.

Epithélioma Cylindrique, qui à certaine époque de son évolution, a tant de ressemblance à la métrite glandulaire (1).

Epithélioma Atypique ou Carcinome, auquel se rattache plutôt le cancer nodulaire.

Mieux vaut ne pas entrer dans les détails histogéniques, puisque les plus récents travaux (2) ne montrent pas les maîtres de la pathologie en harmonie sur le sujet, et qu'on est réduit à reconnaître l'impossibilité actuelle d'une classification irréprochable basée sur l'histologie.

Marche : La douleur pourra longtemps être absente, pour ne se montrer qu'avec l'envahissement de la cavité utérine ou des tissus peri-utérins. L'écoulement deviendra franchement rosé, et peu à peu rouge, de même que la fétidité deviendra manifeste. Souvent il se développera un érythème cuisant des lèvres et de la partie supéro-interne des cuisses, sous l'irritation de l'écoulement.

Les symptômes digestifs ne tarderont pas à entrer en scène : anorexie, constipation, etc. ;—à son tour le système nerveux se montrera irritable.

L'infiltration néoplasique continuant son travail, tous les tissus environnants seront tour à tour ou simultanément envahis. La ca-

(1) Cornil. Loc cit. et Histol. de l'épithél. du col de l'utérus. Journ. des con- nais. méd., 1889, p. 44.

(2) Fabre-Domergue. Les cancers épithéliaux, 1898.

uté utérine une des premières sera atteinte, surtout si l'épithélioma a eu son point de départ intra-cervical, ou que nous serons en présence de la variété cavitaire ou térébrante. Dans la forme vaginale, évidemment les progrès seront plus rapides vers les organes environnants.

Remarquons que le rectum est plus rarement pris que la vessie. On sait la fréquence relative de la cystite, suivie bientôt de ces fistules vesico-vaginales si terribles pour la malade.

Les uretères peut-être avant la vessie proprement dite sont souvent envahis et la péri-urétrite ne tardant pas à gagner plus avant, la muqueuse de vient prise à son tour. Dès lors on voit les conséquences : obstruction de l'uretère, dilatation en amont, hydronéphrose, souvent pyonéphrose avec tous ses symptômes concomitants de douleurs, fièvre et accidents urémiques.

Le péritoine se défend assez bien par des produits inflammatoires qu'il semble étager à dessein. Les ligaments larges ne sont pas respectés, on ne le sait que trop. L'élément néoplasique les envahissant ne tarde pas à toucher les vaisseaux et les nerfs du petit bassin, d'où cet œdème des membres inférieurs, et ces douleurs névralgiques, les plus terribles des sciatiques.

Enfin n'oublions pas cette métastase cancéreuse assez étrange dans les ganglions sus-claviculaires gauches, qui se produit parfois, même en dehors de l'envahissement des poumons et des ganglions prévertébraux, et qu'on expliquerait par le reflux de la lymphe contaminée au niveau du coude du canal thoracique où ces ganglions s'abouchent par des troncs extrêmement courts (1).

Je ne fait que rappeler la dégénérescence graisseuse du foie (2) et l'endocardite verruqueuse (3) que les pathologistes ont maintes fois constatées.

Voilà pour l'évolution cancéreuse du col chez une femme non enceinte, mais l'utérus est-il grévide, voilà que le pronostic est autrement plus grave et la marche différente en quelque sorte.

Et tout d'abord, disons que l'apparition du cancer n'est pas toujours postérieure à la conception, mais que, bien qu'il constitue une condition des plus défavorables, plus d'une femme à utérus cancéreux a conçu. Auvard (4) rapporte le cas d'une femme enceinte pour la

(1) *Troisier*. L'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. Arch. gen. de méd., fév. et mars 1889.

(2) *Léca*. Des lésions secondaires du cancer utérin. Thèse, Paris 1888.

(3) *Lancréaux*. Mémoire, 1884.

(4) *Auvard*. Bull. de la Soc. Obst. de Paris, 1889, No 5.

11ème fois et qui avait un cancer utérin depuis deux ans. Plusieurs femmes seraient même venues se présenter à l'accoucheur, de nouveau enceintes, alors qu'à l'accouchement précédent il avait été constaté un cancer qui avait compliqué le travail (1).

Que le cancer soit antérieur ou postérieur à la conception, c'est un fait incontestable qu'il prédispose fortement à l'avortement (2). Les statistiques hospitalières sont là pour le prouver.

Sur 120 femmes atteintes de cancer du col pendant la grossesse, et traitées par Lever au Guy's Hospital, 40 0/0 ont avorté (3).

Haucks concluerait de ses observations que l'avortement a généralement lieu avant le 3ème mois (4).

Par contre il est des cas où, au lieu d'être arrêtée en chemin, la grossesse a continué pour dépasser même le 9ème mois (5).

Dans tous les cas le pronostic est des plus graves : soit que l'avortement ait lieu ou que la grossesse arrive à terme, — et cela tant à cause des dangers de l'hémorrhagie que de la septicémie si facile alors malgré les plus grandes précautions. On conçoit facilement l'hémorrhagie quand l'on sait les tissus infiltrés d'éléments néoplasiques ayant perdu leur contractilité.

Et puis la grossesse arrive-t-elle à terme, il faut des débridements multiples du col, étant donné que le fœtus peut encore revenir par les voies naturelles.

L'utérus est-il envahi, le danger de rupture est grandement à craindre soit durant l'avortement, soit au cours de l'accouchement (6). Cette rupture se fait généralement à la ligne de séparation des tissus sains et infiltrés.

Quant à la mortalité, la statistique ancienne est encore plus mauvaise que celle des derniers temps, peu encourageante à la vérité, Hermann (7) donne sur 136 cas, 40 morts par l'accouchement. Pour

(1) Pozzi. Loc. citée, p. 410.

(2) Ribemont-Dessaigne. Précis d'Obstétrique.

Pozzi. Loc. citée,

(3) Lever. Organic diseases of the uterus.

(4) Haucks. Pregnancy complicated by uterine tumors. Amer. Jnal. of Obst., March 1888, p. 242.

(5) Chantreuil : Influence du cancer de l'utérus sur la conception, la grossesse et l'acc. Paris 1872.

Bar : Du cancer utérin pendant la grossesse et l'acc. Thèse d'agrég. Paris 1886.

(6) Davis Pathology of pregnancy. Amer. Text Bk. of Obst., p. 187. Auvard. Loc. citée.

(7) Hermann. On the treat. of preg. complicated with cancerous dis. of the genital canal.—London Obst. Trans., 1878. T. XX.

ce qui est de l'enfant, sur 128 nés de mères cancéreuses, la moitié seulement sont nés vivants.

Si le cancer utérin influe sur la grossesse, à son tour celle-ci exerce une influence marquée sur l'évolution du cancer et le stimule. Mais c'est surtout durant l'état puerpéral que l'extension se fait avec une rapidité décourageante (1).

Quelques obstétriciens (2) prétendent que l'accouchement d'une femme prise de cancer utérin ne peut se faire par les voies naturelles et que l'opération césarienne est la seule issue. C'est là un principe par trop absolu, et si le col est peu envahi et les tissus vaginaux sains, l'accouchement peut fort bien se faire par les voies naturelles. J'emprunte à Löhlein (3) les détails suivant d'un accouchement à terme chez une cancéreuse du col utérin :—Femme 43 ans, a déjà eu quatre couches normales, la dernière datant de 8 ans. Admise à l'hôpital de Giesen à la fin du 8me mois. Au 4me mois a eu une légère hémorrhagie ;—une seconde 8 jours avant son admission à l'hôpital : hémorrhagie profuse et continue. Diag : masse cancéreuse sur lèvres postérieure du col.—La dilatation du col se fait au temps dû ;—application du forceps,—placenta suit sans hémorrhagie abondante. Douches à la créoline et créosote un peu plus tard. Ergot et ergotine furent donnés, mais à la fin de la 5me semaine l'utérus étant encore très gros, on décide pour l'hystérectomie, qui est faite le 18me jour après l'accouchement. La malade se remet très bien.

Toutes n'accouchent pas aussi bien, et Auvard (4) n'eut pas à enregistrer un aussi beau succès avec cette femme qui se présenta à lui enceinte pour la 11me fois et ayant un cancer utérin depuis deux ans.

En voici les détails : Travail très lent, douleurs faibles mais persistantes. Lorsqu'on eut une dilatation partielle, on fit de multiples incisions sur le col : fœtus en présentation de siège. La version est faite : s'ensuit une hémorrhagie persistante. On examine avec grand soin et on trouve une rupture transversale de l'utérus à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen. La parturiente succomba au choc.

Donc il est de toute importance tant pour la mère que pour l'enfant, de faire un diagnostic précoce.

Etiologie. Pourquoi le col utérin se montre-t-il si souvent aux

(1) Davis. Loc citée.

(2) Davis. Loc. citée.

(3) Löhlein. In Gaz. Med. Mars 1891.

(4) Auvard. Loc. citée.

prises avec le cancer ? Nous en avons tous observé la terrible fréquence, comme je le disais au commencement de cette étude.

De tous les organes, c'est lui qui est le plus sujet à caution. Pouvons-nous dans l'anatomie générale trouver la clef de ce phénomène. Pourquoi aussi la glande mammaire, qui appartient au même système est-elle si souvent prise, puisque au tableau comparatif nous la voyons figurer au second rang ?

Fait à noter, le cancer du corps utérin serait plus fréquent chez les nullipares, tandis que le col serait plutôt pris chez les multipares.

Couheim a émis l'hypothèse que les cellules embryonnaires (cellules embryoplastiques de Ch. Robin) qui n'ont pas disparu dans la formation des organes et qu'on trouve soit disséminées dans le tissu conjonctif, soit accumulées en ilots en certains points, sont le tissu matriculaire des carcinomes. Le siège de prédilection de ces nids de cellules embryonnaires serait précisément les orifices naturels où s'est faite une involution plus ou moins irrégulière des feuilletts blastodermiques : le col utérin développé relativement tard aux dépens des tubes de Müller rentrerait dans cette sorte de régions congénitalement vulnérables.

Cette manière de voir trouverait peut-être un appui dans la fréquence du Sarcome du Rein plutôt chez les tout jeunes enfants, où les éléments embryonnaires sont pour ainsi dire en évolution encore.

Ou peut-être faudrait-il en demander la raison à la présence au niveau de l'orifice du museau de tanche de deux épithéliums : n'y aurait-il pas là une tendance au polymorphisme. Dans l'état actuel de la science on ne saurait attribuer à une cause unique la production du cancer. Est-elle intrinsèque, i. e. dans les tissus propres,—ou extérieure ? On ne sait.

Parmi les facteurs extérieurs il en est certainement de sérieux, bien constatés sans qu'on en puisse saisir la relation. La déchirure du col et la métrite consécutive ont été mises en lumière (1) comme facteurs importants et qu'il faut certes reconnaître. Le sexe et l'âge, deux autres encore qu'on ne saurait nier.

Peut-être pour être plus près de la vérité faut-il admettre ces deux facteurs : une malformation embryonnaire locale, que mettraient en activité des causes extrinsèques. En tout cas ; le dernier mot est encore à venir.

(1) Emmet. Laceration of cervix as a frequent and unrecognized cause of disease. Amer. Jnal. of Obst. Nov. 1874.

Breisky. Wien Med. Woch, 1876.—Nov. 49 & 51—1887, No. 41.

Traitement.—Le diagnostic posé, alors que le cancer paraît strictement limité au col, deux procédés opératoires sont en présence : soit une simple amputation du col. Il y a choix de méthode : par l'écraseur comme le pratiquait Verneuil ;—par l'ause galvano-caustique de Braun, ou comme le voulait Byrne, par le galvano-cautère : mais Schroëder a montré la supériorité du bistouri qui est plus rapide et plus sûr. On sera plus certain encore si au lieu d'une amputation infra-vaginale on fait un vrai Schroëder, i. e. l'amputation supra-vaginale (1).

En regard de la simple amputation du col, il est l'hystérectomie totale, qui est pratiquée jusqu'au 4me mois.

C'est là un point qui touche à une question grave, l'enlèvement d'un utérus-gravide. En ces cas délicats chacun juge pour soi. Au point de vue purement médical, l'opinion gagne du terrain (2) et l'hystérectomie totale est assez généralement admise : un Schroëder ici équivaut à un simple curettage dans le cancer du corps utérin.

Si la femme est vue pour la première fois et que le travail est commencé, il n'y a pas de choix. Ou le col est généralement pris, et alors on aidera par de multiples incisions transverses,—ou bien l'infiltration a gagné le vagin et le corps, et alors il n'y a que l'opération césarienne qui sauvera d'une rupture utérine à peu près certaine (3).

Paris, juillet 1898.

(1) Schroëder. Zeitschr. fur Geb. med. Gyn., 1879. Bdiii & p. 181 Bdvi. Pozzi. Traité de Gynécologie, p. 419.

(2) Pozzi. Id. p. 419, note.

Tillaux. Chirurgie clinique. Vol. II, p. 557.

(3) Ribemont-Dessaigne. Loc. citée.

M. le Dr L. J. H. Roy, compilateur des statistiques du Conseil d'Hygiène de la Province, a été frappé de mort subite le 31 août dernier. Le Dr Roy occupait cette position importante depuis 1894 ; il a été le premier compilateur des statistiques médicales dans notre province, et s'est acquitté de sa tâche à la satisfaction des intéressés. Il avait été en outre chargé par le Bureau de Police de Montréal d'établir à l'hôtel de ville le système Bertillon pour l'identification des criminels, système que lui-même avait eu l'occasion déjà d'expliquer à nos lecteurs (Dr L. J. H. Roy : *L'Anthropométrie*,—*Union Médicale*, 1897, page 324). Nous déplorons cette mort prématurée, qui est une perte pour la profession et pour le Conseil d'Hygiène.

QUELQUES GYNÉCOLOGISTES EUROPÉENS DE RENOM. ⁽¹⁾

Par M. A. LAPHORN SMITH, B. A., M. D., M. R. C. S. Angleterre,
 Professeur de clinique gynécologique à l'Université Bishop,
 Montréal.

APOSTOLI.—Grâce à un heureux hasard, j'assistai le premier à la clinique d'Apostoli, qui a obtenu une si grande célébrité dans tout l'univers par son heureuse application de l'électricité dans la thérapeutique gynécologique.

Bien que son bureau soit encore au No 5 rue Molière, près de l'Avenue de l'Opéra, il a transporté sa clinique dans un local beaucoup plus vaste et plus convenable au No 15 rue Montmartre. Depuis ma dernière visite ici, il y a 12 ans, ses vues n'ont pas beaucoup changé. La plupart de mes lettres de Paris à cette époque sont encore exactes. J'ai éprouvé beaucoup d'intérêt à examiner son splendide assortiment d'instruments et d'appareils et à constater l'exactitude et la précision des archives qui contiennent les cas soumis à son traitement.

Je me sentais de plus en plus étonné chaque fois que je visitais ses magnifiques salles d'attente, en les voyant remplies de patients de la plus haute classe venus de tous les pays du monde. Sa méthode doit avoir une vertu particulière pour avoir soutenu l'épreuve de si nombreuses années. A sa clinique, il a trois assistants salariés constamment occupés à enrégistrer l'historique et à donner le traitement de telle sorte que 5,000 cas sont maintenant soigneusement et très minutieusement inscrits. Sa clinique lui coûte personnellement au-delà de \$3.000.00 par année. Bien qu'il emploie encore les courants galvaniques constants par le traitement symptomatique des fibromes, et le courant faradique par les douleurs pelviennes, il a ajouté à son installation deux autres éléments importants : le premier un courant statique obtenu par la machine de Holtz, et l'autre le courant Tesla de très haute force et d'emploi très fréquent.

Le courant statique est donné sous la forme d'ondes électriques ou d'étincelles, tandis que le courant Tesla est appliqué au patient reposant sur un sofa ou assis dans une cage, le courant circulant autour de lui. Le manque d'espace m'empêche de décrire ces cou-

(1) Ces notes ont aussi été publiées dans la *Revue Médicale de Québec*.

rants plus au long, de sorte que je dois me contenter de résumer mes observations :

1° Apostoli ne traite pas les cas de chirurgie par l'électricité. Chaque fois que j'ai assisté à ses cliniques, j'ai vu maints et maints cas renvoyés aux chirurgiens, parce que ces cas étaient affectés soit de maladies des appendices ou de cancer de l'utérus, affections qu'il ne prétend pas guérir par l'électricité

Il désire qu'il soit distinctement compris par conséquent, que l'électricité est un adjuvant et non pas un rival du traitement chirurgical.

2° Si j'avais eu des doutes, chose que je n'ai pas, sur la grande valeur de l'électricité comme agent diagnostic en gynécologie, ces doutes auraient été dissipés par ce que j'ai vu à la clinique d'Apostoli. A l'examen de plusieurs cas, les assistants ont rapporté que chez plusieurs d'entre eux, il y avait intolérance des plus petites doses de 40 ou 50 miliampères. Apostoli m'a invité à les examiner soigneusement avec lui et à l'aide de l'histoire clinique et de l'examen physique, j'aurais soupçonné des appendicites malades dans quelques-uns et cancers dans d'autres. En y ajoutant l'intolérance de l'électricité, Apostoli se crût si certain du diagnostic qu'il les envoya au chirurgien pour être opéré. Il a été intéressé dans un de mes cas, relativement à la valeur diagnostic de l'électricité. Une jeune femme qui avait été traitée par trois médecins par l'électricité pour une grosse tumeur fibroïde de l'utérus, empirait chaque fois. Guidé par le conseil d'Apostoli, je soupçonnai du pus, et en pratiquant la laparatomie, je constatai ce qui avait été pris pour une tumeur fibroïde, était une collection de quatre énormes abcès des deux trompes et des ovaires.

3° J'ai déjà entendu prôner l'importance du traitement électrique de la douleur ovarienne contre laquelle, jusqu'à présent, ni la médecine ni la chirurgie se sont montrées efficaces, et cependant nulle autre expression que le mot magique ne peut expliquer l'effet de l'étincelle statique sur les ovaires. Des patientes qui ne pouvaient endurer aucune compression sur la région ovarienne, ont déclaré après 2 ou 3 minutes d'application des étincelles statiques, que la même compression ne leur causait aucun malaise. Il y a de ces patientes qui ont été examinées pour la première fois en ma présence et que j'ai suivies sans interruption et qui se trouvaient dans la complète ignorance de l'effet qui devait être produit, de manière à leur laisser ignorer ce qui allait être fait et le résultat attendu. Je ne puis dire combien de temps le soulagement dura, mais Apostoli m'a assuré

que plusieurs cas, y compris même ceux souffrant de douleurs ovariennes, après ablation des ovaires, ont été complètement guéris par ce traitement.

Pozzi avec lequel j'ai eu le plaisir de passer une matinée à l'Hôpital Broca, est l'une des figures la plus remarquable de la profession de Paris. De même que notre Sir William Hingston, il est sénateur et chevalier (de la Légion d'Honneur), il est aussi professeur de l'Université de Paris. C'est un travailleur intrépide, son livre sur la gynécologie est l'un des plus complets qui ait été publié. J'ai toujours été anxieux de savoir comment il pouvait trouver le temps d'écrire semblable ouvrage, et, pour satisfaire ma curiosité, il me déclara qu'un jour, ayant obtenu un congé et de l'Université et de l'Hôpital, muni de cahiers de notes et de monographies, il s'en alla à Montpellier, où il s'enferma comme un hermite pendant deux ans, écrivant plus de 15 heures par jour.

Je l'ai vu faire une hystérectomie abdominale durant laquelle, afin de se donner plus de liberté d'action, il ouvrit d'abord le fond de l'utérus et en énucléa une grosse tumeur fibreuse au moyen d'une espèce de tire-bouchon, fabriqué spécialement pour la circonstance. Le reste de l'opération était excessivement simple, parce que l'utérus débarrassé d'un tel poids, pouvait être facilement enlevé de même que les six artères aisément ligaturées et le péritoine suturé.

Selon moi, l'hystérectomie vaginale est graduellement abandonnée en France où elle était en grande vogue. Et maintenant, la méthode d'hystérectomie abdominale de Howard Kelly semble prendre de l'empire. Pozzi a obtenu, en effet, du conseil de ville de Paris, la construction d'un théâtre d'opération avec pavillon de la laparatomie au montant de \$100,000.00. Cette construction sera sans bois, ni marbre, ni ciment de sorte qu'elle pourra être lavée chaque jour au bichlorure de mercure.

SECOND, par ordre d'âge, suit Pozzi et compte 48 ans. C'est un homme d'une grande force de caractère et qui fait école dans le progrès de la gynécologie en France.

C'est un fort partisan du morcellement vaginal de l'utérus, lorsque l'on veut enlever des trompes en suppurations, des tumeurs fibroïdes et dans tous les états où l'on doit enlever les deux trompes et les ovaires. Durant sa dernière visite en Amérique, l'année dernière, il fit cette opération 11 fois en présence d'un grand nombre de gynécologistes et il y mit tant d'élégance et de promptitude, qu'il s'attira l'admiration de tous ceux qui le virent opérer.

Mais bien qu'il soit venu montrer aux chirurgiens américains et

qu'il pouvait être avec l'hystérectomie vaginale, ceux-ci, en retour, lui montrèrent ce que l'on pouvait faire par la méthode abdominale, avec ce résultat que Segond a été converti par ceux-là même qu'il était venu convertir, et depuis son retour, il est devenu tellement partisan de la méthode de Kelly qu'il a converti tous les autres. Tous, cependant, enlèvent encore le col même, lorsqu'il n'y a aucun soupçon de malignité, leur seul objet étant d'obtenir un drainage vaginal, ce qu'il croit être le point important qui a amené leur grand succès dans la méthode vaginale. En cela je pense qu'il se trompe car cela augmente beaucoup le temps requis pour l'opération; j'en ai eu plusieurs cas, chez qui on prenait plus de temps à arrêter l'hémorragie vaginale que n'en demandaient la ligature de six artères et l'enlèvement de la tumeur. En outre, je crois qu'il est important de laisser le col *sain* pour éviter un raccourcissement du vagin, et règle générale, il y a si peu de drainage à faire, qu'on justifie difficilement l'ouverture du vagin. Segond est un grand admirateur de tout ce qui est américain, et il a dit au nombreux personnel de l'hôpital que le plus bel hôpital qu'il eût jamais vu, était le "Royal Victoria," de Montréal, et dans ses écrits, dont le style est convainquant, il ne perd aucune occasion de louer l'habileté des gynécologistes américains. Je l'ai vu faire une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus dans laquelle il enleva aussi la partie supérieure du vagin qui en était affectée; il eut grande difficulté à arrêter l'hémorragie. Il admit, à ma demande, que son expérience sur l'hystérectomie pour cancer, était très décourageante: ainsi, je suppose qu'ils ont en France la même difficulté que nous rencontrons chez nous, à savoir: que les cas viennent nous trouver trop tard. Le cas ci-dessus est à la Salpêtrière: l'autre à l'Hôpital Baudeloque, où je l'ai vu enlever un papillôme de l'ovaire avec des adhérences secondaires au péritoine et de l'ascite.

Après avoir enlevé la partie malade, il plaça un tube à drainage et tamponna à la gaze en raison d'un suintement profus. Il admet le fait que le tamponnement à la gaze retient les sécrétions, mais ne draine pas.

Le troisième cas que j'ai vu opérer par Segond, était à un hôpital privé tenu par les religieuses où il enleva une trompe et un ovaire d'une jeune femme; mais il admit que ça ne lui donnerait pas des résultats très satisfaisants, car souvent il était obligé d'opérer de nouveau plus tard.

RICHELET autant que j'ai pu l'apprendre, vient après Segond. Je l'ai vu opérer à l'Hôpital St-Louis, institution malpropre, ressem-

blant à de vieilles casernes à l'intérieur, telles que je n'en ai jamais vues. Comme ce n'était probablement pas de sa faute, j'en ai été très peiné pour lui. Je suis allé le voir à son élégante demeure privée 32 rue Panthièvre et bien qu'il eût un grand nombre de malades avec lui, il m'a reçu de la façon la plus cordiale et m'accorda une entrevue pour le jour suivant.

Tout, durant l'opération, fut rigoureusement aseptique, ce qui, va sans dire, est la chose principale ; mais tout étranger qui verrait seulement cet hôpital aurait une bien mauvaise opinion des hôpitaux français.

Je fus heureux d'assister à une de ses hystérectomie vaginales pour affection des deux annexes, trompes purulentes, car c'est là son côté fort. Il fit cette opération magnifiquement dans à peu près le même temps que nous prendrions à les enlever par l'abdomen. Ils affirment ici que l'utérus doit toujours être enlevé quand on fait l'ablation des deux ovaires. Je l'ai vu aussi pratiquer une opération Schræder, se servant d'une aiguille montée pour passer les sutures. Il n'a pas aimé à voir Martin, de Berlin, passer une suture préliminaire de chaque côté pour contrôler l'hémorragie.

Dans tous les hôpitaux on pose des bandages aux pieds et aux jambes des malades sur une couche épaisse de coton bien stérilisé, exemple à suivre, car cela aide à maintenir la température du corps. Pour fermer l'abdomen, Ségond se sert de fils d'argent, à travers toute la paroi abdominale et comprend dans la suture toutes les couches de l'abdomen, BOUILLY suture de la même façon avec le crin de Florence, et Pozzi en trois couches, dont deux profondes avec du catgut, et une superficielle avec du crin de Florence.

DOYEN. On dit que DOYEN est leur égal à tous ; mais il n'a pas opéré pendant que j'étais à Paris.

BOUILLY opère magnifiquement à l'Hôpital Cochin.

TUFFIER est une nouvelle étoile.

Ma prochaine lettre sera de Berlin.

Paris, juillet 1898.

Le Dr J. L. Archambault, de Cohoes, dont nos lecteurs ont pu lire avec intérêt les articles sur le traitement de la fièvre typhoïde par le sérum, a été élu président de la Société médicale du comté d'Albany. Nous transmettons à notre distingué collaborateur nos plus sincères félicitations.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE QUÉBEC.

Séance du 14 Juillet 1898.

Les médecins des asiles d'aliénés de la Province de Québec, dont les noms suivent :—Arthur Vallée, surintendant médical de l'Asile d'aliénés de Québec; T. J. W. Burgess, surintendant médical du Protestant Hospital for the Insane, Verdun; L. M. A. Noel, surintendant médical de l'asile d'idiots de St-Ferdinand d'Halifax; E. J. Bourque, Médecin en Chef, Geo. Villeneuve, surintendant médical, F. E. Devlin, assistant-surintendant, F. X. Perrault, A. J. Prieur, C. Laviolette et E. P. Chagnon, médecins assistants de l'asile d'aliénés St-Jean de Dieu, Longue-Pointe;—se réunissaient le 16 février 1898, à l'asile St-Jean de Dieu, Longue-Pointe, afin d'organiser une société dont le but serait l'avancement de leur spécialité.

Il fut résolu que l'association porterait le nom de "Société Médico-Psychologique de Québec," et qu'elle se réunirait successivement dans les divers asiles de la Province.

Le bureau pour l'année 1898-99 a été constitué ainsi qu'il suit :

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

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

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

La première réunion de la société s'est tenue le 14 juillet 1898, à l'asile d'aliénés St-Jean de Dieu, Longue-Pointe.

Rapport de la Séance.

Présidence de M. Vallée.

Election de nouveaux membres :—Les docteurs A. Marois, assistant-surintendant, U. A. Bélanger, C. S. Roy, médecins assistants de l'asile d'aliénés de Québec; L. J. O. Sirois, médecin de l'asile d'idiots de St-Ferdinand d'Halifax, et J. V. Anglan, médecin assistant du Protestant Hospital for the Insane, Verdun, sont élus membres de l'association.

Résolutions : Sur proposition de monsieur Villeneuve, appuyée

par monsieur Burgess, monsieur J. E. Robidoux est nommé à l'unanimité Patron de la Société.

Il est proposé et résolu :

1° Que M. Gustave Lamothe, C. R., soit nommé aviseur légal de la Société ;

2° Que les inspecteurs des asiles d'aliénés soient invités à faire partie de l'association ;

3° Que MM. Villeneuve et Chagnon soient chargés de rédiger les règlements de la Société ;

4° Que la Société a appris avec douleur la mort du regretté docteur L. M. A. Noel, surintendant médical de l'asile St-Ferdinand d'Halifax, et membre de la Société Médico-Psychologique de Québec, et qu'elle exprime à madame Noel ses sympathies et ses plus sincères condoléances dans le malheur qui vient de la frapper ;

5° Que les remerciements de la Société soient présentées à madame la Supérieure de l'Asile St-Jean-de-Dieu pour l'hospitalité qu'elle a bien voulu accorder à ses membres ;

6° Que la Société tienne sa deuxième séance en octobre prochain, au Protestant Hospital for the Insane.

COMMUNICATIONS :

Un cas de diabète traité par la protéine.

Monsieur DEVLIN fait part d'un cas de diabète qu'il traite actuellement au moyen de la *protéine*. Il a déjà constaté une notable amélioration.

Internement des aliénés et forme du certificat médical.

Parlant de l'admission des patients publics dans les asiles d'aliénés, le Dr Geo. VILLENEUVE dit que la plupart des certificats médicaux d'internement sont loin de répondre à l'importance de la mesure qu'ils ont pour effet d'autoriser.

Que l'individu soit dans les conditions requises par la loi pour être admis dans un asile d'aliénés, au point de vue mental, s'établit par le certificat médical rédigé suivant les formules B et C, signées par le même médecin et attestées sous serment.

C'est sur la constatation du médecin et les faits consignés dans le certificat médical, que sera basé la décision administrative de l'internement par le surintendant médical ; c'est aussi le caractère plus ou moins grave des faits allégués dans ce certificat qui justifiera le maintien de l'individu à l'asile, pendant un temps plus ou moins

long, sous observation, ou même donnera un caractère définitif à la séquestration, dans certains cas.

C'est dire que cette pièce est d'une importance capitale, puisque c'est sur elle que repose, pour la plus grande part, les mesures relatives à l'internement de l'individu, et qu'elle a une grande influence sur son maintien à l'asile et sa sortie.

Je me suis ému maintes fois de l'insuffisance de beaucoup de certificats médicaux, de la légèreté et de l'insouciance avec lesquelles ils sont souvent donnés, de la futilité des motifs invoqués, de la facilité avec laquelle les médecins acceptent, sans en contrôler la véracité, les renseignements fournis par les parents ou les amis, souvent intéressés à tromper le médecin. On a aussi cherché à obtenir, à ma connaissance, l'internement d'enfants insoumis, de sourds muets incommodes, de vieillards encombrants par leur sénilité, de malades parvenus à la dernière période d'affections chroniques, comme l'ataxie locomotrice, par exemple, tombés dans le marasme et devenus absolument impotents.

On a aussi amené à l'asile des cas de fièvre typhoïde, des cas de méningite, d'encéphalites, parce que le médecin ne s'était pas assez arrêté au diagnostic.

La loi a eu soin d'énoncer, cependant, que le certificat médical doit constater l'état mental du patient, indiquer les particularités de la maladie, la nécessité de le faire traiter dans un asile d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

C'est-à-dire que ce document doit caractériser et énumérer les symptômes et les faits observés personnellement par le signataire et constituant la preuve de la folie ; il doit en outre exposer les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un asile d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

Étant donné qu'un individu est aliéné, j'ai dit, au commencement de ce sujet, que son internement pouvait se justifier, soit comme mesure de thérapeutique, d'assistance ou de sécurité publique et privée, et d'ordre public.

À part la certitude que l'individu est aliéné, le surintendant médical devra trouver dans le certificat médical, une raison suffisante pour l'interner, à l'un de ces trois points de vue. Ce ne sont pas de vagues présomptions, ce sont des faits que le médecin devra apporter à l'appui de son opinion, lorsque les indications de l'internement ne se déduisent pas exclusivement de la forme particulière d'aliénation mentale dont souffre l'individu.

Il peut arriver des circonstances où le concours d'un magistrat

soit d'une utilité incontestable, c'est lorsque le médecin est obligé de s'en rapporter, pour une partie, aux renseignements qui lui sont fournis par les intéressés, et lorsque des investigations et des enquêtes sont nécessaires pour établir la valeur des informations sur lesquelles le médecin doit s'appuyer, ou lorsqu'il s'agit d'internements contestés, ou d'individus, comme des persécutés ou des persécuteurs, dont la séquestration pourrait soulever des difficultés plus tard.

Dans ces cas, il est bon de procéder, en vertu de la législation des aliénés dangereux, devant un juge de paix, de faire prendre les dépositions des témoins des faits et gestes du malade et de le faire interner en vertu d'un mandat régulièrement émané par le juge de paix devant lequel l'affaire a été entendue.

Je crois que le certificat médical devrait être modifié à la façon de celui d'Angleterre et de l'Etat de New-York, en le divisant en deux parties bien distinctes. Dans le premier, le médecin devrait déclarer quels sont les symptômes observés par lui et qui constituent à ses yeux la preuve de folie, et dans le deuxième, il devrait consigner les faits qui lui ont été rapportés en nommant les personnes de qui il tient ces renseignements.

Cette communication de M. Villeneuve donne lieu à une discussion générale, et la question est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Eruption rubéoliforme produite par le sulfonal.

M. Burgess rapporte un cas ayant présenté, à la suite de l'usage du sulfonal, une éruption ressemblant tellement à celle de la rougeole, qu'elle aurait pu être facilement confondue avec cette dernière.

Un cas de sitiophobie ; guérison par le sulfonal.

Le Dr A. VALLÉE cite un cas dans lequel le sulfonal semble avoir eu un excellent résultat contre la sitiophobie chez une aliénée : A. B., âgée de 26 ans, fut admise à l'asile d'aliénés de Québec le 1er mai 1893. Lors de son admission cette fille souffrait de mélancolie avec stupeur. Elle était dans un état de mutisme complet et refusait toute nourriture. Après avoir essayé en vain de lui faire prendre quelques aliments nous dûmes recourir au gavage, au moyen d'un tube œsophagien. Pendant de longs mois cette fille resta plongée dans le même état de stupeur. Elle était muette, immobile, la tête inclinée sur la poitrine, indifférente à tout ce qui l'environnait et absorbée par ses conceptions délirantes. Malgré les toniques, les stimulants, l'électricité, l'hydrothérapie et une diète généreuse, on ne put obtenir

nir la moindre amélioration dans son état mental. Elle continuait de rester muette, de refuser de manger, et d'offrir de plus en plus de résistance à l'alimentation artificielle.

Comme toujours dans ces cas les fonctions organiques faisaient grandement défaut. La nutrition était en souffrance, les extrémités étaient froides, cyanosées, la malade maigrissait à vue d'œil et versait dans le gâtisme. Il n'y avait donc guère d'espoir d'amélioration prochaine.

Dans le numéro d'octobre 1893, du "Journal of Mental science," je lus une courte note du Dr Brough sur l'emploi du sulfonal chez les aliénés qui refusent de manger. Le Dr Brough rapportait cinq observations qui me paraissaient assez probantes. Je résolus d'essayer de vaincre par ce moyen l'obstination de ma malade. Le 10 de novembre au soir je fis donner 40 grains de sulfonal à A. B. Elle dormit d'un profond sommeil toute la nuit et le lendemain matin, en se levant, elle fit signe aux infirmières de lui donner à manger. On lui apporte de la nourriture qu'elle dévore gloutonnement. Le sulfonal a été prescrit pendant quelques jours et depuis lors l'appétit ne s'est jamais ralenti et cette malade a continué de manger de plein gré. Aujourd'hui l'état mental n'est pas beaucoup meilleur, mais A. B. est plus éveillée, elle parle plus volontiers et sa santé générale est excellente.

Corps étranger de l'intestin: mort; autopsie.

M. BURGESS.—R. S. 32 ans. Démence chronique. 3 Juillet 1898.—Diarrhée légère. Peu ou pas de douleur, aucun trouble constitutionnel.—Pilules de plomb et opium; diarrhée cesse.—Est tenu au lit.

7 Juillet.—Se plaint d'une douleur légère à l'abdomen, mais ne présente aucun signe de sensibilité et pas de symptômes constitutionnels. Diarrhée réapparaît.

9 Juillet.—Accuse de nouveau des douleurs à l'abdomen, sensibilité légère à la pression et quelque peu de tympanite. Plusieurs vomissements durant la journée, mais pas de diarrhée. Pouls plus rapide, mais plein et mou.—Élévation de température de 1 degré. L'on soupçonne une appendicite.

10 Juillet.—N'a pas dormi de toute la nuit dernière, malgré une pleine dose de morphine; état empiré ce matin. Vomissements constants avec symptômes de collapsus. Pouls et température plus élevés. Grande sensibilité à l'abdomen, spécialement du côté droit. Doc-

teur Armstrong appelé en consultation, décide qu'il est trop tard pour intervention opératoire. Malade meurt à 2.40 heures après-midi.

Autopsie pratiquée le 11 juillet 1898.—Le cadavre est celui d'un jeune homme mort il y a 20 heures.—Rigidité cadavérique complète.—Lividité cadavérique bien marquée sur le dos, les côtés et les cuisses.—Signes de putréfaction commençante sur la partie antérieure de l'abdomen qui est distendue.—Tissu graisseux sous-cutané absent.—Muscles d'un rouge foncé.

En ouvrant l'abdomen jaillit un liquide abondant, trouble et brunâtre à odeur fécale.—Du côté gauche, au niveau de l'ombilic, se trouve une petite plaque gangréneuse, d'où sort un morceau d'aiguille brisée.—L'omentum très inflammé, est adhérent aux couches sous-jacentes de l'intestin ; il est aussi raccourci et épaissi.—Les intestins sont rouges et très distendus ; ils sont aglutinés les uns aux autres par de légères adhérences récentes. Le colon transverse est très élevé, caché par les côtes.—Les dernières anses du petit intestin sont affaissées et très rouges

Intestins. - En palpant le grand omentum, près de l'endroit où il est adhérent, un autre fragment d'aiguille est découvert. En séparant les anses intestinales de la portion affaissée de l'intestin, l'on trouve un fil de fer (épingle à cheveux) qui pénètre le mésentère à environ deux pouces du bord de l'intestin, pénétrant aussi l'un des anses de l'iléum. Ce fil de fer se dirige en arrière, passe à travers la séreuse d'une seconde anse de l'iléum, et va enfin se loger dans le muscle carré des lombes gauche.

Les intestins sont normaux jusqu'à une distance d'environ trois pieds de la valvule iléo-cœcale. De là l'intestin est très dilaté, ses parois et son mésentère sont très épaissis et inflammés. Cet état existe sur une longueur d'environ dix huit pouces, jusqu'à l'endroit où la constriction a eu lieu à travers le mésentère de l'intestin. En ouvrant cette partie affectée, à près de 8 pouces de la valvule iléo-cœcale, l'on tombe sur trois ou quatre lacérations de l'intestin à bords réguliers, semblables à celles infligées par un instrument tranchant. A cet endroit, la perforation avait eu lieu. A chaque endroit où le fil de fer est venu en contact avec les tissus, se rencontre une coloration brunâtre, rouillée. L'appendice était inflammé extérieurement, mais était normal à l'intérieur.

Estomac.—Normal.—Aucune trace d'inflammation.

Reins.—Dimensions normales.—Capsules normales. Pâles à la section.—Bassinets normal.

Rate.—Petite; mollasse.—Capsule ridée.—Pâle et ferme à la section.—Poids, 2 onces.

Foie.—Congestionné.—Lobules indistincts.

Cœur.—Cœur droit contient un caillot mou et rouge, le gauche est contracté et vide.—Valvules normales.

Poumons.—Poumon droit n'est pas adhérent, est quelque peu congestionné et crépitant à la section dans toute son étendue.—Poids 19 onces. Poumon gauche est adhérent par son lobe inférieur, postérieurement et au diaphragme.—Poids 13 onces. Les bronches des 2 poumons sont normales.

Cerveau.—N'a pas été examiné.

Diagnostic anatomique.—Péritonite septique suite de perforation de l'iléum par corps étranger.—Obstruction intestinale. Etranglement.—Aiguille dans le méésentère et les parois abdominales.—Œdème des poumons.—Gonflement du cœur, du foie et des reins.

L'opinion formée fut que l'épingle à cheveux avait probablement été avalée depuis un certain temps, vu qu'il n'y avait aucune trace d'irritation à l'estomac; qu'elle avait passé à travers cet organe et s'était logée dans l'intestin; que, durant son acheminement, les mouvements péristaltiques de l'intestin l'avaient partiellement redressée, et que, arrêtée dans sa marche, elle avait perforé l'intestin et était venue se fixer dans le muscle carré des lombes.

Influence d'un traumatisme sur certaines affections mentales.

Le Dr A. VALLÉE cite un fait tendant à démontrer l'influence d'un traumatisme sur certaines affections mentales. Le 12 mars 1894, nous recevions à l'asile d'aliénés de Québec, un homme, L. T. de 62 ans qui, à la suite d'embarras de fortune et d'excès alcooliques, était tombé dans un état de mélancolie profonde. Cette affection durait depuis cinq mois, lors de son admission à l'asile. Il était alors triste, abattu, désespéré, se croyant "damné pour 99 ans" Sous l'empire de ces sentiments pénibles, il se confinait dans le silence et l'isolement. Rien ne pouvait le sortir de là et il opposait une résistance passive à toutes les exhortations encourageantes.

La santé générale subissait l'influence de cette grande dépression morale. L'insomnie et le refus de manger contribuaient en outre à miner L. T. rapidement. Enfin, dans le cours du mois d'avril, il était tellement faible et amaigri qu'il fut envoyé à l'infirmerie. Le 3 de mai, vers les trois heures de l'après-midi, on me fait appeler en toute hâte pour lui enlever un corps étranger qu'il s'était enfoncé dans

l'œil. En arrivant je le trouve tranquillement assis près de son lit et ne voulant pas répondre à ce que je lui demande. Je constate un point noir à l'angle interne de l'œil droit. C'était une tête de clou de quatre pouces dont je fis l'extraction après avoir fait coucher le malade.

A ce moment, L. T. présentait des symptômes inquiétants; la face était pâle et très altérée, les extrémités froides, le pouls filiforme et il y avait paralysie du bras et de la jambe gauches.

Le lendemain l'état général s'était amélioré, mais l'hémiplégie persistait. Le 5 de mai, deux jours après l'accident, des convulsions partielles se manifestent au visage, à la commissure des lèvres, au cou et s'étendent jusqu'au bras du côté gauche. Ces accidents perdurent qu'une journée.

Le 8 de mai, l'hémiplégie s'améliore et en même temps le malade semble plus lucide. Après 3 ou 4 jours, il se lève; tous les accidents nerveux sont disparus. Il ne reste plus qu'un peu de strabisme divergent de l'œil droit qui persista pendant une quinzaine de jours.

L'amélioration de l'état physique et mental se continua graduellement. Dans les derniers jours du mois de mai L. T. sort librement autour de l'asile; il se rend très bien compte de ce qui lui est arrivé, il se rappelle très bien s'être enfoncé ce clou dans l'œil, sans savoir pourquoi.—“Ça le lui disait,” dit-il.

Enfin, le 15 de juillet il quitte l'asile parfaitement guéri depuis plus d'un mois. Il avait été gardé à sa propre demande.

Je me rappelle un autre cas analogue de guérison prompte à la suite d'un traumatisme. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui avait été amené à l'asile dans un état de violente excitation maniaque. Quelques semaines après son arrivée il se prend de querelle avec un autre malade de sa salle. Dans la bataille son adversaire lui fait une profonde morsure au pouce. Immédiatement à la suite de cette blessure C. R. est pris d'un tremblement nerveux intense qui dure environ une heure. Ce tremblement cesse, le malade a recouvré sa raison. La guérison se maintient et C. R. quitte l'asile peu de temps après parfaitement guéri.

Et la séance est levée.

E. P. CHAGNON,

Secrétaire.

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE.

RÉUNION ANNUELLE, 1898.

Québec, 17, 18 et 19 août.

La trente-unième réunion de l'Association Médicale Canadienne a eu lieu à Québec les 17, 18 et 19 août dernier. Cette association, comme on sait, se réunit une fois par année et recrute ses membres parmi les médecins des différentes provinces du Dominion. Une soixantaine de médecins assistaient cette année à la réunion, parmi lesquels nous citerons : Messieurs les docteurs J. G. Adami, Montréal; M. J. Ahern, Québec; J. M. Beausoleil, James Bell, Montréal; A. G. Belleau, R. C. Blair, P. H. Bédard, M. D. Brochu, M. Brophy, T. P. Bolduc, Québec; H. Cholette, Ste Justine de Newton; P. C. Coote, Québec; J. A. M. Chabot, Ste-Claire de Dorchester; George Cloutier, St-George de la Beauce; W. W. Dickson, Pembroke; G. R. Dickson, Toronto; L. Drum, Québec; Hon. Dr Guérin, Montréal; A. Gandier, Sherbrooke; A. de Martigny, F. de Martigny, Montréal; J. M. Elder, Montréal; F. R. Forster, New-York; W. G. Gibson, Belleville; P. P. Gibney, New-York; E. L. Gauthier, S. Grondin, Québec; J. C. S. Gauthier, St-Ephrem d'Upton; Wyatt Johnston, Montréal; W. H. Klock, Ottawa; E. Lebel, Québec; H. A. Lafleur, Montréal; Ernest Laplace, Philadelphie; Arthur Lavoie, Silvery; Hon. D. Marsil, St-Eustache; C. F. Martin, Montréal; R. MacNeil, Ile du Prince-Edouard; John McMullin, Hamilton; A. R. Marsolais, Montréal; W. S. Muir, Truro, Nouvelle-Ecosse; James N. McCallum, Toronto; Alfred Morisset, Ste-Hénédiène; A. G. Nicholl, Montréal; Thos. Nesbitt, St-Hilarion; H. Neilson, Kingston; C. O'Reilly, Toronto; C. R. Paquin, G. H. Parke, C. S. Parke, Québec; T. D. Reed, T. G. Roddick, Montréal; J. S. Ryerson, Toronto; H. R. Ross, Québec; H. B. Small, Ottawa; C. M. Smith, Orangeville; P. S. Shaw, Toronto; L. J. A. Simard, Arthur Simard, C. O. Samson, Québec; F. N. G. Starr, Toronto; J. A. Sangs, Petit Rocher, Nouveau-Brunswick; J. Thornburn, Toronto; E. Turcot, G. Turcot, Québec; P. Uldéric, Princeville; Chs. Verge, Québec; J. A. Williams, Ingersoll; N. Worthington, Sherbrooke; Henry P. Wright, Ottawa; W. A. Young, Toronto. Quelques-unes des vingt-cinq communications lues à l'assemblée sont très intéressantes. La discussion à propos de la licence inter-provinciale a amené l'adoption d'une résolution importante. Enfin, le discours sur le même sujet du Dr J. M. Beausoleil a été juste, modéré et bien dit. Nous donnons un compte-rendu aussi complet que possible de la réunion, pour le succès de laquelle nous devons des compliments au Président et au secrétaire de l'Association, ainsi qu'au comité local de Québec, composé de MM les Drs C. S. Parke, Chs. Verge, A. G. Belleau, E. Turcot, P. Robitaille, A. Marois et C. C. Sewell.

Les séances de l'Association eurent lieu dans la salle de promotion de l'Université Laval. Dans une chambre adjacente, on avait réuni une collection de spécimens pathologiques et d'instruments de chirurgie.

A la séance d'ouverture, mercredi, 17 août, le Dr Parke reçut les membres au nom du comité, l'échevin Foley au nom de la ville de Québec, et le Dr Ahern au nom de la Faculté de Médecine. Ce dernier rappelle que c'est dans cette même bâtisse, il y a 31 ans, quelques jours après la Confédération, que se réunirent les médecins venus des diverses provinces qui fondèrent alors cette Association à laquelle il souhaite aujourd'hui la bienvenue. L'état florissant de cette Association, après vingt-cinq ans d'existence, prouve avec quelle vigueur l'œuvre fut fondée. Quelques-uns des fondateurs sont présents à la réunion.

Discours du Dr J. M. Beausoleil, président.

Le président prononce ensuite le discours suivant, en anglais :

" Il y a maintenant 31 ans que notre Association prit naissance dans cette hospitalière et pittoresque ville de Québec. C'est alors que l'on reconnut la confraternité professionnelle dans toutes les parties de la province. C'est alors que naquit la famille médicale canadienne. Elle peut maintenant travailler à atteindre le but pour lequel elle a reçu la vie : la promotion de la science, la protection des intérêts professionnels. Un homme distingué, l'un des pères de la Confédération, le Dr Tupper—Sir Charles Tupper—fut notre premier président.

" Depuis, un grand nombre de médecins distingués lui ont succédé dans ce fauteuil. Certes, je suis grandement confus et ému, quoique profondément reconnaissant, quand je considère l'honneur que l'on m'a fait en m'appelant à présider cette réunion. Il ne pouvait être nullement question de mérite personnel ; votre bonté, messieurs, dirigea votre choix.

" Je suis un admirateur et un ami sincère de mes prédécesseurs, et je désire suivre leurs traces. Je vous demande par conséquent la permission de parler pendant quelques minutes sur ce point de notre programme qui regarde l'unité de la profession médicale canadienne.

" Messieurs, s'il est une profession qui demande dans tout pays la liberté de pratique, c'est bien la profession de médecin. La loi civile française n'était pas reconnue dans toutes les provinces du Dominion, il est facile de comprendre pourquoi un avocat de Québec ne peut pas exercer sa profession dans Ontario ; mais il n'y a, il ne peut y avoir, dans toutes les provinces, qu'une même anatomie, qu'une même physiologie ; le médecin est le même partout. Pourquoi, alors, cette anomalie d'un médecin ne pouvant pas pratiquer sur tous les points du territoire national ?

" Cette contrée, qui nous est si chère, ne peut-elle nourrir ses enfants sans les diviser en castes ? Pourquoi le praticien d'Ottawa cesse-t-il d'être praticien à Hull ? Parce que l'Acte de l'Amérique

Britannique du Nord réserve aux parlements provinciaux le droit exclusif, de légiférer en matière d'éducation. Conséquemment, au lieu d'un seul conseil médical pour toute la nation, nous avons autant de corporations provinciales qu'il y a de provinces fédérées, et partout, naturellement, autant de lois différentes.

" Ce manque d'uniformité a retardé l'accomplissement de notre unité professionnelle. Malgré ce retard, on ne peut nier que la science médicale ait fait des progrès réels dans ce jeune pays. Une idée plus haute de la médecine, inspirée par des relations plus intimes avec les écoles d'Europe, a donné à nos institutions un stimulant merveilleux.

" Le nombre des écoles a diminué, mais la qualité de l'enseignement est devenu bien meilleur. On a rendu plus difficile l'admission à l'étude de la médecine. On a remplacé les cours ou lectures de trois termes de six mois chacun par des lectures couvrant une période de quatre ans. Le progrès accompli durant les vingt dernières années, dans le savoir médical, a démontré la nécessité de subdiviser les matières fondamentales. Comme résultat, l'histologie, la pathologie générale, la gynécologie, la pathologie mentale et nerveuse, l'ophthalmologie, la bactériologie, etc., etc., font l'objet d'un enseignement spécial. Les débats théoriques et animés de l'ancien temps se résolvent maintenant positivement et avec calme au laboratoire. On peut dire à la gloire de nos grandes écoles, que leurs élèves remportent en quelques mois, et avec une habileté marquée, les diplômes de Paris, de Londres et d'Edimbourg.

" Chaque année des hommes de science de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats-Unis nous honorent de leur visite ; l'année dernière, l'Association Médicale Britannique s'est réunie au milieu de nous.

" En un mot, nous avons raison d'être fiers du progrès que nous avons fait ; et si, comme nous l'espérons, la marche en avant se continue, si nous savons concentrer nos forces, le Canada médical se fera sentir dans le grand mouvement scientifique qui étonne le monde.

" À la vue des résultats obtenus, et afin d'atteindre à ceux que nous cherchons maintenant, nous devrions réaliser qu'il n'est que juste de démolir les barrières qui divisent les provinces. N'est-il pas temps de donner ample latitude aux compétitions saines ? Pourquoi restreindre plus longtemps les aspirations de nos jeunes étudiants ? Nos écoles de médecine ne sont-elles pas fatiguées des restrictions imposées à la liberté professionnelle de leurs élèves ?

" Nos bureaux de médecine ne sont-ils pas humiliés par le peu d'importance attachée aux titres qu'ils confèrent ? Sans aucun doute. La preuve en est dans le fait que la majorité des provinces du Canada ont signé les préliminaires d'une entente inter-provinciale au sujet de la pratique médicale. Notre grande sœur la province d'Ontario paraissait vouloir demeurer sur le seuil, mais elle avait été retenue, non pas par une mauvaise impression, mais à cause d'une législation spéciale dont elle seule pouvait être juge. Elle nous montre aujourd'hui d'excellentes dispositions. Le Conseil Médical de cette province a en-

voyé une délégation d'hommes distingués qui sont prêts, nous n'en avons aucun doute, à favoriser l'union de la profession médicale canadienne.

“ Messieurs, avant de conclure, je désire attirer l'attention du Comité d'Enregistrement Interprovincial sur le manque de préparation des candidats à l'étude de la médecine. Les candidats répondent en général suffisamment bien aux questions de grammaire, d'histoire, de géographie et autres, mais ils sont faibles en physique, en chimie et en histoire naturelle. Pourquoi ces matières ne seraient-elles pas enseignées d'une manière pratique ? Cette méthode faciliterait beaucoup le travail de l'étudiant aussi bien que celui du professeur. Vous savez tous combien c'est pénible d'enseigner à un étudiant dont les connaissances sont insuffisantes.

“ En France, un bachelier n'est admis à l'étude de la médecine qu'après avoir passé un an à la Faculté des Sciences physiques et au laboratoire de chimie, après avoir en plus, durant la même année, étudié les sciences naturelles et avoir passé un examen sur ces matières, que l'on regarde comme les éléments préparatoires à l'étude des sciences médicales. Sans aller aussi loin, sachons profiter des leçons de l'expérience, et tâchons de rendre facile à nos étudiants le noble mais aride travail qu'ils ont entrepris.

“ Messieurs, les motifs qui ont empêché un grand nombre de médecins de travailler énergiquement à l'adoption d'une licence unique, reconnue par tout le Canada, sont les suivantes :

1° La législation restrictive accordée à chaque province par entente fédérale.

2° La crainte de détruire l'autonomie provinciale créée par cette entente.

“ A la première objection, je réponds qu'il est vrai que le parlement fédéral ne peut pas légiférer sur les matières d'éducation relevant des provinces ; mais une question qui intéresse deux ou plusieurs provinces, ou, mieux encore, toutes les provinces du Dominion, cesse, *ipso-facto*, d'être une question provinciale ; elle devient fédérale par la coalition de toutes les forces locales. Qui peut empêcher les provinces, unies entre elles, d'obtenir du parlement fédéral l'approbation de leur union ? Bien plus, sans recourir à ces moyens, les provinces du Manitoba, de Québec et du Nouveau-Brunswick jouissent déjà de la réciprocité au sujet de leurs licences, et personne n'a crié à l'illégalité.

“ A la seconde objection, on peut répondre qu'il n'est pas question de détruire l'autonomie provinciale. De fait, il n'y a rien qui puisse empêcher le maintien de l'organisation locale tout en lui permettant, en même temps, de déléguer ses pouvoirs à quelques-uns de ses membres, chargés de faire partie d'une commission générale pour tout le Dominion.

“ Vous connaissez tous le vieil axiôme : “ Où il y a vouloir, il y a pouvoir.” Entendons-nous mutuellement, et il sera facile à l'autorité compétente de nous entendre.

“ Messieurs, quand nous aurons obtenu pour toute l'Amérique

Britannique du Nord un bureau central d'admission à l'étude, un bureau médical d'examen qui donnera pour la pratique de la médecine une licence uniforme, alors, dis-je, nous aurons atteint une ère de progrès dans les annales de la médecine canadienne. Notre licence de pratique sera reconnue dans tout l'Empire Britannique, sera respectée du monde scientifique, et l'Association Médicale Canadienne aura bien mérité du pays. Et votre humble président sera heureux de constater qu'il a aidé, si peu que ce soit, à la solution de cette grande question nationale : unité des droits et liberté de pratique de notre profession."

Le Dr RODDICK, M. P., fait remarquer que le président vient de parler d'un sujet que lui-même a défendu depuis longtemps — un examen et un enrégistrement général, commun à toutes les provinces. Aujourd'hui, il constate avec plaisir que ceux dont il craignait le plus l'opposition, les gens d'Ontario, sont maintenant favorables au projet. Il espère, conséquemment, qu'à une date rapprochée, les choses seront arrangées de telle sorte que quelqu'un, diplômé de quelque partie que ce soit de la province, pourra pratiquer dans n'importe quelle autre partie, et de fait n'importe où dans l'Empire Britannique. Un progrès semblable marquerait une ère nouvelle dans l'histoire du Canada, surtout pour ce qui regarde les médecins. L'Association, née à Québec, a accompli depuis de grandes choses. Il espère que l'idée nouvelle, qui a pris racine et qui a été en premier lieu prise en sérieuse considération dans Québec, se propagera aussi, comme s'est propagée l'Association, et que ce projet important deviendra rapidement chose faite. Il propose d'accorder au président un vote de remerciements.

Ce vote secondé par le Dr Mullen, de Hamilton, est adopté à l'unanimité.

Le traitement des alcooliques.

Un travail sur ce sujet, écrit par le Dr ROSEBURGH, de Toronto, est lu par le Dr Small, et reçu avec des applaudissements. L'Association nomme un comité composé de MM. les Drs Thorburn, Muir et Adami pour étudier les différents points soulevés par l'auteur et faire rapport.

La diplopie monoculaire.

Le Dr Sterling BRYERSON, de Toronto, fait une communication intéressante sur ce sujet.

La péritonite septique suite d'appendicite et son traitement chirurgical.

L'honorable Dr MARSIL raconte que l'opération fut pratiquée pour la première fois, et sans succès, par le Dr Beyer, de Paris, puis avec succès en 1894. Le Dr Reischel, d'Allemagne, avait déclaré en 1893 l'opération inutile. En 1897, le Dr McCosh, de New-York, fit avec succès cette opération ; mais lui-même (le Dr Marsil), au mois d'août 1896, opéra heureusement un jeune homme de Terrebonne. Il

a donc accompli avec succès sur le continent, la première opération de ce genre. Il décrit ensuite l'opération et le lavage consécutif du péritoine.

Le Dr VALENTINE, de New-York, fait une causerie sur les instruments dont le praticien général a besoin pour le traitement des organes génitaux-urinaires. Il blâme fortement les médecins qui hésitent à se procurer ces instruments dispendieux, et laissent ainsi souffrir leurs malades.

Le Dr SMITH, d'Orangeville, rapporte un certain nombre de cas intéressants de calculs biliaires, d'appendicites, de cancer, de tumeurs, rencontrés dans sa pratique.

Le médecin et l'assurance sur la vie.

Le Dr THORNBURN démontre l'importance du sujet en disant que les risques que possèdent au Canada les compagnies canadiennes et anglaises se montent à \$344,314,448, et que le montant total aux Etats-Unis est de \$5,183,694,250. L'auteur demande au médecin d'apporter, dans cette partie importante de son travail, une grande franchise. Le Dr Mullen appuie les remarques du Dr Thornburn. Le Dr Muir et le Dr Gauthier critiquent sévèrement les médecins qui, pour une piastre ou même cinquante centins, font des examens pour les sociétés de bienfaisance.

Le Dr VALENTINE, de New-York, s'excuse, comme étranger, d'intervenir dans la discussion. Mais il aimerait à voir mettre en force un système plus complet d'examen, et surtout plus sévère pour ce qui s'agit des maladies des organes génitaux-urinaires. Quatre-vingt pour cent des enfants qui perdent la vue après leur naissance le doivent à ces maladies qui causent aussi une large proportion des morts. De même, dans les cas de suicide, il aimerait que les coroners fissent examiner les organes génitaux-urinaires des victimes; il est sûr qu'on y trouverait souvent la cause du délit. Il est tellement convaincu de ce fait qu'il a lu, il y a quelques années, devant la Société Médicale Anglo-américaine de Berlin, un travail sur la mélancolie inhérente à ces maladies, et quelques-uns de ceux qui alors le tournèrent en ridicule ont depuis fait des communications sur le même sujet.

Le Dr THORNBURN est d'avis qu'il faudrait trouver quelque moyen d'éliminer les docteurs à bon marché. A propos des remarques du Dr Valentine, il doit dire que les canadiens ne sont pas aussi immoraux et sujets aux maladies vénériennes que les gens dont parle le docteur. Il est sûr que la maladie en question n'est pas, il s'en faut de beaucoup, la plus commune parmi les canadiens, et qu'il serait difficile, au Canada, de lui rapporter 80 pour cent des morts prématurées, comme on pourrait le faire, suivant le Dr Valentine, à New-York.

Calculs biliaires.

Le Dr James BELL, de Montréal, rapporte une série très intéressante de calculs des canaux biliaires traités par incision du canal et enlèvement des calculs.

Visite à la quarantaine.

Le second jour de la réunion, jeudi, le 18 août, les membres de l'Association et quelques invités se rendirent à la Grosse Ile à bord de l'*Aberdeen*, bateau du gouvernement. On servit le lunch à bord, et l'orchestre Vézina fit de la musique. Rendu à la Grosse Ile, l'*Aberdeen* ne put accoster à cause de la marée basse, et les passagers se rendirent à terre sur le yacht *Challenger*. Le Dr Montizambert et son assistant, le Dr Church conduisirent les membres à travers l'hôpital, les chambres de désinfection et les diverses bâtisses de l'île. On visita aussi le cimetière où sont enterrés 5467 immigrants irlandais morts du typhus en 1847.

Les membres revinrent à Québec vers les six heures du soir, et, à la séance du lendemain, adoptèrent une résolution constatant l'efficacité de la quarantaine et démontrant fortement au gouvernement la nécessité de maintenir le Dr Montizambert dans la position qu'il occupe actuellement.

Les pionniers de la médecine au Canada.

Le Dr W. H. DRUMMOND, de Montréal, l'auteur de "L'Habitant," fait une description animée des faits historiques qui se sont passés autour de Québec, et cite les noms des Drs Hébert et Bonnerme comme les premiers médecins qui visitèrent le Canada ; ils vinrent de France avec Samuel de Champlain. En 1690, quand Phipps vint frapper en vain aux portes de la vieille cité, le Collège des Jésuites, le Séminaire des Missions étrangères et le Petit Séminaire étaient déjà établis sur un pied solide, et les médecins suivants pratiquaient à Québec : le Dr Gervais, le Dr Beaudoin (médecin des Ursulines), le Dr Timothée Roussel (médecin de l'Hôtel-Dieu), le Dr Nicolas Sarrazin, le Dr Jean Léger de la Grange, le Dr Armand Dumain et le Dr Pierre du Roy. Sarrazin était peut-être le mieux connu. Né France, en 1659, il émigra au Canada peu après avoir terminé ses études médicales, et mourut à Québec en 1736. Il était médecin du Roi, membre du Conseil Souverain, et publia pendant sa longue vie un certain nombre de volumes sur l'histoire naturelle, la botanique et la médecine ; il découvrit aussi la plante à pot, qui perpétue sa mémoire sous le nom de *Saracenia Purpurea*.

Lorsque Pierre Kalm, le botaniste suédois, visita le Canada en 1749, sept ans après la découverte des Montagnes Rocheuses par La Vérendrye, son compagnon habituel, durant mainte course dans les bois, fut un canadien, le Dr Gauthier, lui-même botaniste accompli ; et c'est du Dr Gauthier que Kalm obtint la plupart des renseignements qui parurent quelques ans plus tard sous forme de deux grands volumes illustrés.

Philippe Badelard était un chirurgien fameux qui figure dans toute la période historique qui précède et suit la conquête du Canada par les Anglais en 1759. Badelard était présent à la bataille des plaines d'Abraham ; voyant que les troupes françaises auxquelles il était attaché allaient céder, il se dirigea vers l'arrière, où il trouva un

Highlander blessé qui se nommait Fraser et qui saignait abondamment. Le médecin pansa d'abord les blessures, puis il se rendit à Fraser comme prisonnier de guerre. Le Dr Badelard et Fraser vécurent tous les deux jusqu'à un âge avancé et gardèrent toujours l'un pour l'autre une étroite amitié. Le Dr Badelard avait une très belle pres-tance et portait toujours l'épée, comme c'était alors la coutume des bourgeois de Paris.

Le Dr ARNOUX, contemporain de Badelard, vécut longtemps à Québec, et c'est dans son bureau que furent pansées les blessures de Montcalm, pendant que l'on ramenait le grand soldat par la porte St-Louis,

Un autre chirurgien connu de cette époque, le Dr LEJUSTE, de l'armée française, vint à Québec après la chute de Louisebourg, en 1758.

Plus tard, parmi les médecins de renom de la province, on trouve le Dr François BLANCHET, le père de la première loi sur l'Éducation au Bas-Canada, et le Dr Meilleur, premier surintendant de l'Éducation.

Le Dr DRUMMOND prolongea son étude jusqu'à une période relativement moderne, parlant du Dr Wolfred Nelson, de Chénier et d'autres qui vécurent à une date très récente, tels que les Drs Morin et Marsden, de Québec.

La pharmacopée britannique.

Après avoir lu un court travail sur la pharmacopée britannique, le Dr T. D. REID, de Montréal, propose la résolution suivante :

Attendu que l'on vient de publier une édition revue et corrigée de la Pharmacopée Britannique, édition qui renferme des changements nombreux et importants ; et attendu que la date à laquelle la Pharmacopée Britannique de 1898 doit venir en force est encore incertaine ; il est résolu que l'Association Médicale Canadienne, réunie en assemblée annuelle, recommande que le 1er octobre 1898 soit la date choisie après laquelle toute prescription de médecin, sauf avis contraire, sera remplie avec les composés de la B. P. 1898. (1)

La motion est adoptée, et sur proposition du Dr RODDICK, l'Association nomme un comité chargé de s'aboucher avec le gouvernement fédéral et lui démontrer combien il serait désirable que cette pharmacopée fut adoptée dans tout le Dominion comme livre officiel des mesures pharmaceutiques (standard). Ce comité se compose de MM. les Drs T. D. Reid et A. T. Blackader, Montréal ; H. B. Small, Ottawa, A. Marois, Québec ; H. J. Cameron, T. N. G. Star et J. A. McCallum, Toronto.

Diverses communications.

Diphthérie laryngée, par le Dr GANDIER, de Québec.

Un cas de hernie ombilicale étranglée, par le Dr GIBSON, de Belleville.

(1) L'Association Pharmaceutique de la Province de Québec et la Société Médico Chirurgicale de Montréal ont déjà adopté une résolution semblable.

Neurasthémie, par le Dr MEYERS, de Toronto.

Goître, par le Dr DICKSON, de Toronto.

Infection et sérothérapie, par le Dr J. E. LABERGE, de Montréal.

Licence inter-provinciale.

On sait que l'Association avait, l'année dernière, nommé un comité chargé d'étudier la question toujours pendante de l'enregistrement inter-provincial. Ce comité se composait de MM. les Drs MacNeil, de l'Île du Prince-Edouard, président; Muir, de la Nouvelle-Ecosse; Walker, du Nouveau-Brunswick; Marsil, de Québec; Williams, d'Ontario; Baine, des Territoires du Nord-Ouest; McKechnie, de la Colombie Anglaise. Ce comité a présenté à l'Association, par l'entremise de son président, le rapport suivant, que nous publions tout au long. Ce rapport établit les principaux points sur lesquels les divers collèges provinciaux de médecine devraient établir leurs règlements afin de rendre facile la mise en force d'une licence inter-provinciale.

I. *Admission à l'étude de la médecine.*

“ Seront admis à l'étude de la médecine :

“ A.—Les porteurs d'un diplôme de Bachelier ès-Arts délivré par une université reconnue, ou encore

“ B.—Les porteurs d'un diplôme de première classe de l'une quelconque des provinces donnant droit à une licence d'instituteur.

“ C.—Ceux qui auront subi avec succès sur les matières suivantes, un examen qui devra être obligatoire et sous le contrôle des divers bureaux des départements d'éducation de chaque province :

1° Grammaire, composition, littérature et rhétorique anglaises.

2° Arithmétique, comprenant les fractions simples et décimales, l'extraction des racines carrées et cubiques, les mesures solides et liquides.

3° Algèbre jusqu'à la fin des équations du quatrième degré.

4° Géométrie, trois premiers livres d'Euclide.

5° Latin : deux premiers livres de l'Enéide de Virgile ou trois livres des Commentaires de César, traduction et grammaire.

6° Mécanique élémentaire des solides et des liquides, comprenant les éléments de la physique statique, dynamique et hydrostatique, ainsi que la chimie élémentaire.

7° Histoire du Canada, histoire d'Angleterre et géographie moderne.

8° Traduction et grammaire sur deux des sujets suivants : grec, français ou allemand.

“ Nous recommandons aussi que tout étudiant qui présentera après examen un certificat des professeurs de tout collège approuvé dans les possessions de Sa Majesté attestant qu'il a fait sa première année d'étude dans les arts soit admis à l'étude de la médecine dans chacune des provinces du Canada.

“ On devra, pour être admis, retenir sur chaque matière 50 pour cent des points accordés, et 75 pour cent pour être admis avec honneur.

II. Programme des études.

“ A.—Le curriculum des études professionnelles commencera après l'examen préliminaire et le brevet, et comprendra un cours gradué sur les différentes branches régulières de quatre ans, chaque année de cours ne devant pas durer moins de huit mois.

“ B.—Les sujets compris dans le curriculum seront : l'anatomie, la physiologie, la chimie, la matière médicale, la thérapeutique, l'anatomie pratique, l'histologie, la chimie pratique, la pharmacie, la chirurgie, la clinique chirurgicale, la médecine, la clinique médicale comprenant les maladies des yeux, des oreilles, de la gorge et du nez, les maladies mentales, les accouchements, les maladies des femmes et des enfants, la jurisprudence médicale, la toxicologie, l'hygiène, la pathologie, comprenant la bactériologie.

“ C.—Sur les quatre années de huit mois de cours, on exigera au moins vingt-quatre mois d'assistance au service des hôpitaux.

“ D.—On demandera un certificat d'assistance à pas moins de six cas d'accouchement et d'autopsie.

III- Examens de pratique.

“ Tout candidat à la pratique dans les différentes provinces devra, après avoir rempli les conditions énumérées plus haut, subir un examen devant des examinateurs qui seront nommés dans chaque province par le Bureau Médical de la province. Il sera nécessaire de conserver, pour être admis, 50 pour cent des points, et 75 pour cent pour être admis avec honneur.

“ Votre comité recommande que, dès que les bases qui précèdent et qui devront servir à une entente, auront été ratifiées par les Bureaux des différentes provinces, chacun de ces Bureaux s'adresse à la législature pour se faire autoriser à mettre en force le précédent programme d'admission à l'étude et de curriculum, et à choisir un bureau d'examineur pour la licence fédérale, à savoir :

“ Qu'aussitôt que les Bureaux du Dominion auront établi un bureau d'examineurs pour le Dominion composé d'examineurs nommés par les Bureaux Médicaux des diverses provinces, les candidats de ces provinces qui passeront avec succès un examen devant le dit bureau et auront obtenu un certificat à cet effet auront droit à l'enregistrement dans les différentes provinces du Dominion en payant le prix de l'enregistrement, pourvu qu'ils ne soient pas coupables de conduite infamante ou disgracieuse au point de vue professionnel.

“ Votre comité désire recommander que l'on tente des efforts pour s'assurer de la possibilité d'une législation fédérale qui établirait une qualification centrale, ce qui mettrait la profession du Canada

sur un pied d'égalité avec celle de la Grande Bretagne, et que le Dr Roddick soit chargé de faire les démarches nécessaires à ce sujet.

" Nous recommandons de plus que cette Association nomme un comité qui devra étudier et fixer les détails quant au nombre des examinateurs à nommer, la manière de faire les examens, les honoraires à charger, et tout autre détail nécessaire pour mettre en opération le précédent projet, lesquels détails les officiers de cette Association devront faire parvenir au Bureau respectif de chaque province, en même temps que ce qui précède, afin qu'ils soient approuvés."

L'Association adopta le rapport du comité et nomma les médecins qui en faisaient partie pour aider au Dr Roddick auprès du Gouvernement. Le nom du Dr Thornton, du Manitoba, fut ajouté à celui des autres membres.

Les nouveaux officiers.

L'élection des officiers pour l'année 1898-99 donna le résultat suivant :

Président : Dr Irwing H. Cameron, de Toronto.

Vice-présidents. Ile du Prince-Edouard : Dr McLeod, de Charlottetown.

Nouvelle-Ecosse : Dr Kirkpatrick, Halifax.

Nouveau-Brunswick : Dr Bourque, Moncton.

Québec : Dr Bell, Montréal.

Ontario : Dr Williams, Ingersoll.

Manitoba : Dr Thompson, Deloraine.

Territoires : Dr Lindsay, Calgary.

Colombie Anglaise : Dr Tunstall, Vancouver.

Secrétaire général : Dr Starr, de Toronto.

Secrétaires provinciaux. Ile du Prince-Edouard : Dr Jenkins, Charlottetown.

Nouvelle-Ecosse : Dr Putnam, Yarmouth.

Nouveau-Brunswick : Dr Walker, St-John.

Québec : Hon. Dr Marsil, St-Eustache.

Ontario : Dr Dickson, Toronto.

Manitoba : Dr Chigan, Virden.

Territoires : Dr Lowe, Régina.

Colombie Anglaise : Dr Walker, New-Westminster.

Trésorier : Dr H. B. Small, d'Ottawa.

L'intéressante observation môle hydatiforme, publiée par notre collaborateur distingué, le Dr de Cotret, dans le numéro de juin de l'*Union Médicale*, a été reproduite en entier par le *Journal des Sages-femmes* de Paris.

REVUE DES JOURNAUX.

MÉDECINE.

DE L'EXISTENCE D'UN MICRO-ORGANISME ASSOCIÉ A DES CAS
DE CIRRHOSÉ HÉPATIQUE PROGRESSIVE D'ORIGINE PORTE.

Par J. G. ADAMI, M. D., F. R. S. E., *Professeur de pathologie à l'Université McGill, Montréal.*

La communication suivante a été faite le 20 juin 1898, à la Société Médico-Chirurgicale de Montréal, et publiée dans la livraison de juillet du *Montreal Medical Journal*. Nous croyons, vu son importance, devoir en donner une traduction littérale.

Les membres de cette société se rappellent que, travaillant en 1894 et 1895 dans la Nouvelle-Écosse, je pus non seulement confirmer l'observation antérieure de Wyatt Johnston, qu'une maladie très intéressante, sévissant parmi les bêtes à cornes, dans certain district du nord de la péninsule, était infectieuse et épizootique, mais encore isoler dans des cas de cette soi-disant *maladie des bestiaux de Pictou*, un micro-organisme caractéristique et pathogénique pour les lapins et les cobayes. Je trouvai constamment cet organisme dans les cultures obtenues du foie et des glandes lymphatiques abdominales, et fréquemment dans les cultures faites avec d'autres organes.

Le symptôme caractéristique de cette *maladie des bestiaux de Pictou* est une cirrhose hépatique particulièrement extensive, accompagnée d'un gonflement des glandes lymphatiques péri-portales et rétro-péritonéales, avec ascite et ulcération folliculaire multiple du quatrième estomac, ou estomac vrai. On trouve généralement les ulcères cicatrisés.

Les premiers symptômes apparents (dont le plus marqué est une diminution rapide de la quantité du lait des traites, en même temps que ce lait, chauffé, prend un goût et une odeur aigres particulière) ne surviennent que de vingt-quatre heures à dix jours avant la mort; il est évident, par conséquent, que l'extrême cirrhose du foie a dû progresser durant une longue période sans aucun symptôme. La mort survient généralement au milieu d'un affaiblissement général et de parésie; dans quelques cas il existe une période d'excitement interne, presque maniaque, suivie d'épuisement et de mort.

Les micro-organismes que l'on trouve dans cette maladie sont très difficiles à colorer dans les tissus; et même cette difficulté que j'ai rencontrée dans l'établissement d'une méthode qui permit de les

démontrer avec certitude m'a empêché jusqu'ici de publier une description détaillée des résultats que j'ai obtenus. (1)

Ces micro-organismes se colorent aisément en apparence, mais ils perdent cette coloration avec une facilité extrême. Par la pratique, j'ai pu les reconnaître dans les tissus sans les colorer; ils ont alors une légère teinte brunâtre, et l'on distingue faiblement mais sûrement une auréole. Pendant longtemps il m'a semblé que je devais au hasard seul de pouvoir ou non les colorer. ou, pour être plus exact, je ne pouvais colorer les microbes que lorsque j'avais le bonheur d'éclaircir mes coupes avec une rapidité suffisante. Cependant, une autre difficulté dans la coloration des micro-organismes, c'est leur petitesse extrême dans les tissus, tellement qu'avec l'immersion ordinaire à 1/15 de pouce que j'employais jusqu'à il y a un an ou deux, je ne pouvais les reconnaître qu'avec une grande difficulté, à moins qu'ils ne fussent colorés à la limite juste, ni trop ni trop peu. Cependant ils y étaient, et, lorsque les conditions étaient favorables, on pouvait les trouver en grand nombre dans le foie et les glandes lymphatiques de l'abdomen.

Si donc la prolifération d'un micro-organisme dans les tissus peut amener chez les animax, en établissant une perturbation hépatique chronique et progressive, une cirrhose extrême du foie, il m'a paru possible que la même chose existât chez l'homme. De fait, depuis quelques années, Hanot et l'école des pathologistes français ont affirmé avec persistance qu'une forme de cirrhose, le foie large, uni, cirrhotique, accompagné de jaunisse, forme que l'on désigne souvent sous le nom de cirrhose de Hanot—est d'origine infectieuse, bien qu'ils n'aient pu dire jusqu'à présent par quel microbe l'infection est causée. Personne n'a osé jusqu'à présent, si je suis bien renseigné, affirmer que la cirrhose commune dite cirrhose athrophique, le foie bosselé ordinaire, fussent d'origine microbienne. Bien que le temps soit passé où l'on enseignait que ces foies noduleux sont causés directement par l'alcool, l'opinion prévalente est que l'alcool ou toute autre substance irritante, en établissant un état de gastro-entérite chronique et en détruisant la muqueuse de la partie supérieure du canal intestinal, permet l'absorption des substances toxiques que les aliments renferment, et ces substances toxiques, transportées par le sang de la veine porte, amènent une phlébite chronique avoisinante, agissant parfois aussi sur les cellules hépatiques.

J'ai étudié avec soin, pendant ces quatre dernières années, tous les cas de cirrhose hépatique qui ont passé par la salle d'autopsie du *Royal Victoria Hospital*, afin de voir si, dans ces cas, je découvrirais des micro-organismes en nombre suffisant et d'une manière suffisamment constante pour en conclure que la maladie est associée à la pré-

(1) Les rapports de mes recherches en Nouvelle-Ecosse et de mes premières études des micro-organismes associés à la maladie sont imprimés dans les rapports du Département de l'Agriculture pour les années 1894 et 1895. J'ai aussi, l'année dernière, à la réunion à Montréal de l'Association Médicale Britannique, lu une communication sur ce sujet dont le *British Medical Journal*, le *Lancet*, etc., ont publié un résumé.

sence de ces micro-organismes. J'ai rencontré ici les mêmes difficultés qu'au début de mes études sur la *maladie des bestiaux de Pictou*; je pus quelque fois distinguer sur des coupes la présence de petits corps minuscules ayant l'apparence de diplocoques, mais des coupes subséquentes du même cas ne se coloraient pas bien; ce qui compliquait la difficulté, c'est que le foie contient tant de fines granulations qu'il est extrêmement difficile, lorsqu'il n'est pas coloré, de se persuader que ce que l'on voit n'est pas quelque précipité cellulaire ou quelque fin dépôt. Je crus, en 1895 et 1896, dans deux cas, avoir obtenu des cultures du foie, mais lorsque je voulus les développer, les coli-bacilles les débordèrent, et je les perdis. Dans un cas plus récent, le mois dernier, j'ai obtenu, dans un tube d'agar, avec de la pulpe hépatique, un diplocoque très fin, se colorant avec un très grande difficulté, et à peine visible. Le tube m'avait été apporté comme étant stérile. Je ne l'examinai moi-même que le 4^e ou 5^{me} jour de sa culture; j'y trouvai présents de fins micro-organismes en petit nombre, mais lorsque je voulus en tirer d'autres cultures, le microbe était déjà mort, si vraiment ce que j'ai vu n'était pas simplement des microbes déjà présents dans la pulpe lors du changement du tube et qui n'avaient pas proliféré encore.

J'ai pu cependant dans ce cas, qui était un cas de cirrhose atrophique d'origine porte avec pigments, trouver des micro-organismes en quantité considérable dans les tissus. Le Dr Abbott, qui étudiait le cas plus spécialement au point de vue de la pigmentation des organes, me montra des coupes des glandes lymphatiques de l'abdomen qu'elle avait colorées avec le colorant fibrineux de Weigert, et qui sous un fort grossissement offraient une apparence granuleuse particulière. En examinant ces fines granulations avec l'objectif au 1/18^e de pouce et à immersion, je constatai qu'elles se décomposaient en un grand nombre de microbes minuscules offrant les caractéristiques que j'avais appris à reconnaître dans la *maladie des bestiaux de Pictou*; c'est-à-dire que les micro-organismes présents étaient très fins, plus petits même que ceux que j'avais vus dans la *maladie des bestiaux de Pictou*; qu'ils se présentaient, pour la plupart, sous forme de diplocoques entourés d'une légère auréole, beaucoup plus petits que les diplocoques de la pneumonie; mais, comme ces derniers, certains d'entre eux étaient plus longs et revêtaient plus distinctement la forme de diplo-bacille.

On en voit un bon nombre qui ressemblent de très près à de fins exemplaires de gonocoques. De plus, ces micro-organismes varient, jusqu'à un certain point, de dimensions; ceci peut être une question de coloration imparfaite, ou bien une preuve de ce polymorphisme sur lequel j'ai déjà attiré l'attention. En somme, comme certains specimens sont évidemment bacillaires, l'on doit classer cet organisme parmi les bacilles plutôt que les diplocoques.

Lorsque j'examine une série de foie par la méthode fibrineuse de Weigert, je me demande si le bacille résiste bien à la solution iodée, car bien que j'obtienne de bons résultats dans certains cas, dans d'autres, je vois un grand nombre de ce que j'appellerai des "ombres."

Il peut se faire que les bactéries ne résistent que d'une manière relative à l'action de l'iode.

J'ai trouvé aujourd'hui un colorant bien plus satisfaisant, qui montre avec certitude la présence de la bactérie. Voici cette méthode :

Prenant les coupes après les avoir bien durcies et coupées au microtome congélateur, je les place pour une minute ou deux dans une solution faible d'acide acétique, afin d'éclaircir autant que possible les cellules. Je lave alors l'acide acétique et les place dans l'alcool absolu ; de là je les transporte dans une solution de bleu de méthylène faite avec l'huile d'aniline. Cette huile absorbe le bleu suffisamment bien, et j'emploie une solution à demi saturée. J'y laisse les coupes pendant une demi-heure. Ce mélange de bleu de méthylène et d'huile d'aniline offre l'avantage sur le mélange d'huile d'aniline et de violet de gentiane de ne pas trop colorer. Au bout d'une demi-heure, je transporte les coupes pour un quart de minute dans un mélange de deux parties d'huile d'aniline avec deux parties de xylol, puis rapidement dans du xylol. Si les coupes paraissent le moins de devoir être trop colorées, je les soumet plus longtemps à un mélange de deux parties d'huile d'aniline avec une partie de xylol avant de les placer dans le xylol pur, puis je les monte.

Cette méthode n'est pas parfaite, car le tissu n'est pas complètement décoloré ; néanmoins, on peut voir distinctement les bactéries dans le tissu conjonctif nouvellement formé. En colorant par cette méthode, j'ai aussi constaté que toutes les bactéries ne se colorent pas complètement ; un bon nombre conservent une teinte brunâtre, mais on les reconnaît pour des microbes à leur forme de diplocoques et leur auréole effacée. Beaucoup de ces microbes sont évidemment situés dans l'intérieur des cellules hépatiques.

J'en suis ainsi venu à la conclusion qu'un grand nombre des microbes présents sont probablement morts, et ont absorbé de la matière colorante du sang et de la bile.

J'ai jusqu'à présent rencontré cette forme de microbes en nombres considérables dans chaque cas avancé de cirrhose granuleuse du foie que j'ai examinés (cinq cas), avec une seule exception possible ; cette exception est chez un cas où l'ensevelisseur avait embaumé le cadavre, et les cristaux et débris produits par la matière embaumante avaient déposés tant de saletés dans les coupes qu'il était difficile de bien juger l'état des choses ; cependant, même dans ce cas, je crois avoir découvert quelques unes des bactéries caractéristiques.

J'irai donc à présent jusqu'à dire que dans certain nombre de cas, au moins, de foie granuleux (*lobnailed*) on trouve, plus spécialement dans le foie et les glandes lymphatiques abdominales, un micro-organisme ténu qui ressemble de très près au micro-organisme pathogénique de la cirrhose infectieuse des bêtes à cornes ; ce micro-organisme apparaît le plus fréquemment comme un petit microcoque, mais revêt quelquefois une forme plutôt bacillaire ; il est donc jusqu'à un certain point polymorphe.

Appendice : 9 juillet 1898.

Depuis que j'ai fait cette communication, j'ai eu l'occasion, grâce à l'amabilité du professeur Hektœn et du Dr Flexner, d'examiner quinze autres foies offrant des signes évidents de cirrhose d'origine porte et provenant des laboratoires du *Rush Medical College*, de Chicago, et du *John Hopkins Hospital*. Je n'ai pas encore tout examiné ceux qui viennent de cette dernière institution, mais dans tous les cas de Chicago, et dans dix cas bien marqués de Baltimore, j'ai retrouvé les signes décrits plus hauts. La coloration plus satisfaisante du cas douteux mentionné plus haut a révélé d'une manière évidente la présence de diplocoques.

Le Dr Osler communiquera à la réunion de l'Association Médicale Britannique, à Edimbourg, une description plus détaillée de mes observations, ainsi qu'une description du bacille, que j'ai dernièrement isolé d'un cas de cirrhose. J'ajouterai seulement ici que la méthode de coloration par le bleu de méthylène et de l'huile d'aniline, que j'ai décrite, n'a pas fourni entre mes mains des spécimens permanents, la matière colorante ayant une tendance à s'effacer des microbes.

NOTE DE LA RÉDACTION; 10 SEPTEMBRE 1898.

Dans sa communication à l'Association Médicale Britannique, le professeur Adami termine par les conclusions suivantes :

1° On trouve, au moins dans un grand nombre de cas bien marqués de cirrhose progressive chez l'homme, surtout dans les cellules hépatiques, aussi dans les espaces lymphatiques du tissu conjonctif de nouvelle formation, une espèce particulière de micro-organisme très fin, qui se présente, lorsqu'il est convenablement coloré, sous forme de diplocoque entouré d'un léger halo, ou encore si la coloration est forte, comme une bactérie plutôt mal déterminée, que l'on peut confondre facilement avec les dépôts de matière colorante dans les cellules.

2° On reconnaît, dans la cirrhose infectieuse des bestiaux, un micro-organisme très identique, occupant les mêmes localisations dans les tissus, et revêtant une fois coloré les mêmes formes.

3° Chez au moins 30 bêtes à corne affectées de cette maladie, j'ai pu isoler ce micro-organisme du foie, de la bile, des glandes lymphatiques de l'abdomen, et dans quelques cas des divers organes du corps.

4° Ce micro-organisme isolé est polymorphe, apparaissant sous forme de petits diplocoques lorsqu'on le cultive dans du bouillon, ayant tendance, lorsqu'on le cultive sur d'autres milieux, ou dans du bouillon pour un plus longue période, à revêtir une forme positivement bacillaire,

5° Ce micro-organisme est pathogène pour les animaux de labo

atoire, et on les retrouve alors chez eux dans les cellules hépatiques et dans d'autres régions.

6° Dans un cas évident de cirrhose atrophique chez l'homme, j'ai pu isoler de divers organes un micro-organisme semblable lequel, cultivé dans du bouillon, à la forme diplococcique, et se montre, cultivé sur agar, sous forme d'un bacille plus ou moins long, suivant l'âge de la culture.

Enfin, l'auteur dans une lettre personnelle datée du 7 septembre 1898, nous dit ce qui suit :

Dans une communication que j'adresse cette semaine au *British Medical Journal*, je constate : 1° que les formes diplococciques trouvées dans le foie peuvent s'obtenir par des injections intra-veineuses. et qu'il faut regarder les organismes que j'ai isolés d'un cas de cirrhose hépatique comme une forme atténuée du coli-bacille ; 2° que les cellules hépatiques possèdent un pouvoir bactéricide marqué, que prouvent les injections intra-veineuses de coli-bacilles ainsi que les cultures obtenues de mon cas de cirrhose ; 3° que l'on trouve, presque sans exception, des restes de coli-bacilles détruits dans le foie humain ; 4° qu'il semblerait, par conséquent, que les leucocytes, dans des conditions normales, transportent les bacilles du contenu intestinal dans la circulation portale et les lymphatiques abdominales, et que ces bacilles sont arrêtés normalement par les glandes mésentériques et le foie ; 5° qu'il existe dans la cirrhose progressive. une augmentation du passage de ces bacilles résultant de l'entérite sub-aiguë, et probablement en même temps un amoindrissement de la vitalité des cellules hépatiques (alcool).

Par conséquent, trois facteurs paraissent nécessaires à la production de la cirrhose du foie :

1° Gastro-entérite chronique.

2° Lésions chroniques du parenchyme hépatique.

3° Coli-bacilles.

Mes recherches révèlent le coli-bacille sous un jour si nouveau qu'il n'est pas étonnant que je n'aie pu reconnaître, tout d'abord, que mes diplocoques étaient des coli-bacilles modifiés. En somme, bien que je croie tenir la clef de l'explication de la cirrhose du foie, la découverte de ce pouvoir bactéricide normal des cellules hépatiques me paraît de beaucoup plus importante.

Les élections médicales de Québec — Le *Philadelphia Medical Journal*, l'un des journaux de médecine les plus importants des États-Unis, a publié un compte-rendu des élections du mois de juillet dernier. Voici la fin de ce rapport, qui est reproduit par l'*American Journal of Surgery and Gynecology* : " Cette réunion a été la plus nombreuse que l'on connaisse dans l'histoire de la Province, ce qui est dû au mécontentement qu'avait créé l'ancien bureau, au pouvoir depuis huit ans. On espère maintenant que les abus qui s'étaient glissés dans l'administration des affaires médicales de la province, au point de devenir un dicton dans tout le Canada, vont cesser."

CHIRURGIE

DE LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE DANS LE PROSTATISME.

Création temporaire ou définitive d'un meat hypogastrique . résultats
de 114 opérations.

COMMUNICATION À L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Par M. le professeur Antonin PONCET.

Ma première opération de cystostomie sus-pubienne, destinée à lutter contre des accidents urinaires graves, d'origine prostatique, remonte au mois d'avril 1888, et c'est en février 1889 que j'appelai l'attention de la Société de médecine de Lyon sur cette nouvelle méthode thérapeutique, dans un mémoire qui avait pour titre : " De la création d'un urètre contre nature (cystostomie sus-pubienne) dans les rétentions d'urine d'origine prostatique,"

Depuis lors, la cystostomie est entrée dans la pratique. J'ai dû y recourir bien des fois pendant ces dix ans, et c'est en m'appuyant sur 114 opérations personnelles que je désire en apprécier aujourd'hui la valeur. L'opération, comme son nom l'indique, a pour but d'assurer le libre écoulement de l'urine par une voie contre nature, qui est la voie hypogastrique. Ses premiers temps sont à quelques variantes près les mêmes que ceux de la taille sus-pubienne. Le manuel opératoire en est donc des plus simples. Il n'en diffère vraiment, en dehors du siège, des dimensions de l'incision vésicale, etc., que par une dernière manœuvre, dans l'espèce importante, qui est : la suture des lèvres de la vessie avec les bords de la paroi abdominale sectionnée. Ce dernier temps de l'opération, qui lui vaut le nom de : cystostomie, et non simplement celui de : cystotomie, a pour but en principe, l'établissement définitif d'un urètre contre nature.

Mais, quel que soit, à ce point de vue, le résultat obtenu, et quelle que soit la nécessité, chez certains prostatiques dont la miction normale se trouve complètement et irrémédiablement compromise, d'établir un nouvel urètre qui doit être permanent, il n'en est pas moins vrai, ainsi que je l'ai indiqué dès le début de mes recherches, que le grand avantage de l'opération est, par l'ouverture de la vessie, de conjurer les accidents immédiats de rétention, d'infection etc., en mettant au repos l'appareil urinaire tout entier.

La cystostomie antérieure ou simple taille hypogastrique, remplit les premières indications thérapeutiques, qui sont de conjurer les complications urinaires, mettant à plus ou moins brève échéance, la vie des malades en danger. La suture des bords de la plaie vésicale

avec ceux de la paroi abdominale doit être pratiquée cependant, toutes les fois que cela est possible, et cela, non seulement parce que, ignorant le plus souvent ce qu'il en adviendra définitivement de la fonction naturelle, il est bon de rechercher un méat hypogastrique permanent, mais aussi, parce que cette suture rend plus facile et plus complète l'évacuation de l'urine. Elle s'oppose, en effet, à la rétraction toujours grande de la plaie vésicale, elle maintient le parallélisme des bords de l'entonnoir vésico-abdominal, elle s'oppose ainsi à la rétention, à l'infiltration d'urine, complication qui, avec la blessure redoutée du cul-de-sac péritonéal, avait fait abandonner, pendant si longtemps, la taille sus-pubienne.

Il est telle circonstance cependant, où cette suture, par suite de conditions anatomo-pathologiques individuelles : grande épaisseur de la paroi abdominale (nous l'avons vu chez des cystostomisés obèses, de 8 à 12 centimètres), friabilité, rétraction profonde de la vessie, etc., est particulièrement difficile, parfois même impossible. L'opération, qui n'est autre alors que la taille hypogastrique, comme pour un calcul, avec quelques différences ainsi que je l'ai dit, dans le siège et les dimensions de l'ouverture vésicale, n'en est pas moins des plus utiles, quel que soit l'avenir du nouveau canal. Cystostomie, cystotomie sus-pubiennes sont deux opérations à peu près de même valeur thérapeutique. Cette dernière est, cependant, une sorte de pis-aller. Elle remplit moins bien que la cystostomie quelques indications immédiates et définitives.

Mais telle quelle, elle peut rendre, comme on le voit journellement, les plus grands services. A la cystotomie, en effet, appartient plus volontiers, les méats hypogastriques temporaires (Desnos) à la cystostomie le méats permanents ; il ne faut pas perdre de vue, toutefois, ainsi que deux de mes élèves l'ont démontré dans leur remarquables thèses, MM. Lagoutte et X. Dolore, que la grande cause, je dirais volontiers, l'unique, d'un méat sus-pubien définitif, est dans l'obstacle prostatique incurable, qui empêche définitivement le retour de la fonction normale et qui maintient ainsi la perméabilité de l'urètre sous-ombilical. Malgré les meilleures conditions anatomiques d'un urètre contre nature, tapissé dans toute sa longueur (3 à 6 centimètres) par la muqueuse vésicale, il n'en persistera pas moins, sans cette muqueuse, un canal cicatriciel permettant l'évacuation de la vessie. J'ai vu, maintes fois, un conduit de ce genre, donner une survie de plusieurs années à de vieux prostatiques ; car, bien souvent, quoique les lèvres de la plaie vésicale aient été fixées avec soin à l'orifice cutané, la réunion de la muqueuse à la peau, par suite de l'infection vésicale, ne se fait pas par première intention, et le nouveau méat, sur une profondeur plus ou moins grande, n'est constitué que par un canal cutané-aponévrotique.

La cystostomie ou la cystotomie, suivant les cas, ne sont donc que deux procédés d'une même méthode que je préconise depuis dix ans contre les accidents urinaires graves, qui ne pouvaient être conjurés par les moyens jusqu'alors employés de traitement : cathétérismes répétés, sonde à demeure, ponctions de la vessie, etc. Depuis lors, mon opinion n'a pas varié, et j'ai montré que les indications

d'agir étaient nombreuses, que non seulement cette opération devait être considérée comme une suprême ressource, mais que, à la manière de beaucoup d'interventions, le pronostic en était subordonné à la gravité des lésions existantes, à l'état général du malade et non à l'opération.

L'ouverture méthodique de la vessie sur sa paroi antérieure a, disons-nous, des indications fréquentes. Elles ont été acceptées, pour la plupart, dans la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1894, et à laquelle prirent part MM. Segond, Lucas-Championnière, Lejars, Bazy, Tuffier, Nélaton, etc.

L'opération est indiquée, chez les prostatiques, que nous avons divisés déjà en deux grandes classes :

1° Les prostatiques indemnes de tout empoisonnement urinaire et chez lesquels les urines, parfois, ne présentent pas d'altération pathologique. Il s'agit de prostatiques mécaniques, c'est-à-dire de sujets chez lesquels il existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Chez eux les troubles fonctionnels dominent la scène et les malades doivent être considérés comme non infectés.

2° Les prostatiques offrant des signes d'urinémie, de septicémie urinaire. Les troubles fonctionnels passent alors fréquemment au second plan. Le danger réside dans l'aggravation d'accidents généraux déjà existants.

Pour la première catégorie de sujets, chez les prostatiques mécaniques, la cystostomie doit être pratiquée : lorsque le cathétérisme est impossible : lorsqu'il est particulièrement difficile, douloureux, uréthrorragique, thermogène, mal supporté, redouté par le malade, toutes conditions qui le rendent dangereux ; lorsqu'il existe de fausses routes : dans le cas également d'hémorragies vésicales ayant résisté à d'autres traitements, dans le cas d'hématocèle vésical, de caillots sanguins volumineux faisant, malgré la sonde, obstacle à la miction, etc. Nous rejetons l'emploi de la sonde à demeure et les ponctions avec les aiguilles capillaires, les trocars. Lorsque ces moyens de traitement paraissent indiqués, il faut leur substituer la création d'un méat hypogastrique, opération méthodique, bien réglée et innocente.

La cystostomie est tout aussi indiquée : chez les prostatiques empoisonnés, c'est-à-dire chez ceux atteints d'urinémie, d'infection urinaire : forme aiguë, forme chronique grave avec ses diverses modalités. Dans les cystites infectieuses aiguës, dans les cystites chroniques, rebelles, douloureuses, ayant résisté au traitement cathédérien, aux lavages de la vessie, etc., la cystostomie trouve ses indications. Elle sera parfois le seul moyen chez les urinaires dont l'état général trahit l'infection, et cela, malgré la facilité avec laquelle la sonde arrive dans la vessie, de triompher d'un empoisonnement urinaire, dont le pronostic, quelle qu'en soit la forme, reste toujours des plus réservés.

A ce propos, je citerai, entre autres observations, celle d'un vieillard que j'ai opéré l'année dernière, en pleine septicémie urinaire aiguë.

Ce prostatique, âgé de 87 ans, soigné depuis quelques semaines

par la sonde, fut pris de rétention complète d'urine. Lorsque je vis le malade, il existait une fausse route urétrale, le cathétérisme était impossible, et on constatait tous les signes d'un empoisonnement urinaire à marche rapide : température 40 degrés, délire continu, langue sèche, rôtie. Je pratiquai immédiatement la cystostomie. Rapidement les phénomènes infectieux disparurent, si bien que, trois semaines après l'opération, le malade reprenait progressivement sa vie habituelle. Deux mois plus tard, la miction se rétablissait définitivement par la voie naturelle. L'obstacle prostatique n'étant que temporaire, il en avait été de même du méat sous-ombilical. Cet opéré continue de se très bien porter.

Pour plus de simplicité, j'ai établi deux grandes classes de malades, mais cette classification est un peu artificielle et, en clinique, les distinctions sont loin d'être aussi nettes, raison de plus pour recourir à l'opération chez les urinaires mécaniques et infectés.

Le pronostic de l'intervention est naturellement tout différent, pour les prostatiques mécaniques, pour ceux qui n'ont que des troubles fonctionnels uréthro-vésicaux, sans lésions, sans altération notable de l'appareil urinaire supérieur. La guérison doit être plus considérée comme la règle (je compte 37 guérisons sur 39 cas. 2 morts d'intoxication urinémiq ue se rattachant à des lésions rénales, non manifestes au moment de l'opération), et pour me servir d'une comparaison visant une opération acceptée par tous, la kélotomie, je puis assurer que la cystostomie n'est pas plus grave qu'une kélotomie inguinale ou crurale par exemple, lorsque l'intestin peut être considéré comme sain.

Existe-t-il, au contraire, des signes d'urinémie, de septicémie urinaire qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une pyélonéphrite ascendante. le pronostic de l'opération est différent. Il est, on le comprend, subordonné à la gravité de l'état général, au degré de l'empoisonnement urinaire, et l'on trouve alors une mortalité relativement élevée et qui s'est toujours expliquée, à l'autopsie, par des altérations des reins.

C'est ainsi que nous comptons :

1° 16 morts dans l'empoisonnement urinaire à marche aiguë sur 29 opérés ;

2° 13 morts dans l'empoisonnement urinaire chronique sur 18 opérés.

Nous avons donc le tableau suivant :

39 prostatiques mécaniques, sans phénomènes urinémiq ues, sans infections appréciables :

Guéris.....	37
Morts.....	2

75 prostatiques infectés avec lésions rénales graves, constatées à l'autopsie lorsqu'elle a été possible :

Empoisonnement urinémiq ue aigu.....	29	Guéris.....	17
		Morts.....	12

Empoisonnement urinémiq ue chronique.....	46	Guéris.....	33
		Morts.....	13

Aussi sommes-nous partisans de l'intervention précoce qui peut seule, en faisant disparaître la rétention et les phénomènes congestifs concomitants, en modifiant puissamment le terrain local, au point de vue de son infection, triompher d'accidents qui suivent une marche à peu près fatale.

Pour la taille vésicale, la lésion, il ne faut pas l'oublier, et non l'acte chirurgical, fait le pronostic. Encore une fois, c'est l'état des reins que l'on doit rendre responsable, après l'opération, au même titre que l'état de l'intestin dans la hernie étranglée. Je n'ai pas eu à me repentir d'avoir cystostomisé trop tôt des prostatiques, mais bien souvent j'ai regretté de n'avoir pu intervenir qu'un temps relativement long après le début des accidents. Même dans ces cas particulièrement graves, l'ouverture de la vessie peut sauver des urinaires. J'ai vu plusieurs fois des prostatiques, dont la situation était désespérée, revenir à la vie, alors que les autres moyens étaient impuissants, dangereux.

Opération à urgence, de nécessité, la taille constitue, à l'heure actuelle, une puissante méthode de traitement des complications urinaires. Elle a des indications propres, et d'autres, au même titre que l'anus artificiel, que la cholécystostomie dans les infections des voies biliaires (Terrier), etc...

Dans les lésions incurables, qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la prostate, rendant la miction impossible définitivement, que l'on ait affaire à un cancer de cet organe, à une tumeur inélevable de la vessie, provoquant des troubles urinaires graves, des hémorragies abondantes, rebelles, des douleurs vives, continues, etc., la cystostomie, qui assure mieux un méat permanent, reprend tous ses droits sur la cystotomie.

J'ai envisagé les résultats immédiats ou post-opératoires, il me reste à montrer les résultats éloignés, c'est-à-dire la fonction du nouvel urètre chez les anciens cystostomisés. La permanence du méat artificiel reconnaît pour cause chez eux, je l'ai déjà signalé, l'incurabilité de l'obstacle prostatique, se traduisant par la suppression complète de la fonction normale. Cette cause de persistance de l'urètre sus-pubien a été bien mise en lumière par les recherches également citées de Lagoutte et de Dolore qui ont nettement établi que le méat hypogastrique n'est jamais que temporaire, lorsque la miction se rétablit par la voie naturelle. Voici, du reste, les conclusions formulées par Delore, dans son importante thèse (Lyon, 1897, *loc. cit.*): "Chez 34 cystostomisés observés depuis plus de six mois, et dont l'un date de sept ans et demi, il existe un méat hypogastrique, et, au point de vue anatomique, un véritable urètre contre nature, au moins dans la majorité des faits. Ce canal possède un trajet et deux orifices, l'un vésical, l'autre cutané. Il est entouré par un anneau fibro-élastique, souvent fort épais et tapissé d'une muqueuse partout continue. Sa longueur moyenne est de 3 à 4 centimètres, et nous l'avons vu atteindre le chiffre de 4 à 6. Sa direction est ordinairement oblique de haut en bas, et d'avant en arrière.

Au point de vue fonctionnel, les cystostomisés, ayant gardé leur nouveau méat perméable, ont :

Continence.....	14
Continence partielle.....	7
Incontinence.....	13

La fonction n'est pas indépendante, en règle générale, de telle dispositions anatomiques nouvelles. Parmi ces dispositions, nous rangerons, par ordre d'importance, la longueur de l'urèthre contre nature, son calibre, la présence d'un anneau fibreux péri-caudal, surtout au pourtour du nouveau méat, la résistance des muscles droits, la présence de valvules dans l'intérieur du canal. Toutes concourent, à des degrés divers, à l'amélioration de la continence.

L'âge moyen de nos malades était de soixante-douze ans. Plusieurs, qui ont déjà une survie de quelques années, avaient été opérés *in extemis*.

Ajoutons que, chez les incontinents, le port d'un urinal de Collin ou de Souel atténue suffisamment les inconvénients de cette infirmité, pour leur permettre de reprendre leur vie sociale habituelle.

Ces observations ont été empruntées, la plupart, à la pratique de M. Poncet et à celle d'autres chirurgiens lyonnais, MM. Pollosson, Jaboulay, Vincent, Villard, Rollot, Curtillet, Orceel, Bérard, Duchamp; l'une d'elles, et l'une des plus intéressantes, nous a été fournie par M. Hartmann."

Je citerai, en terminant, trois observations, résumées, d'anciens cystostomisés, également rapportées par Delore dans sa thèse, et qui sont où ne peut plus démonstratives, au point de vue de la survie et du bon fonctionnement du méat sus-pubien.

Dans la première de ces observations, la cystostomie remontait à plus de trois ans. Durant cette période, l'opéré gardait ses urines pendant trois à quatre heures. L'urination se faisait, chaque fois, par le méat hypogastrique, aucune goutte ne s'échappait par la verge. Dans l'intervalle des mictions, il n'y avait pas d'incontinence, si petite fût-elle. Le jet était fort, projeté à un mètre environ; les vêtements n'étaient jamais souillés. Un état général excellent permettait les travaux les plus pénibles. Cet homme, ainsi que l'a montré l'autopsie, est mort d'une tuberculose vertébrale et pulmonaire. Son appareil urinaire était sain, mais la prostate présentait un volume énorme, elle avait celui d'une grosse orange. Cette constatation faisait comprendre, jusqu'à l'évidence, que cette hypertrophie était la seule et la vraie cause de la permanence nécessaire de l'urèthre hypogastrique.

Je rapporterai également l'observation de M. Diday qui, opéré à l'âge de quatre-vingts ans, eut une survie de deux ans et qui succomba à une affection néoplastique de la plèvre, sans aucun rapport avec ses voies urinaires. Ce maître regretté, excellent juge en cystostomie, a raconté lui-même les bienfaits de l'opération, la façon dont il vidait facilement sa vessie, toutes les fois qu'il en éprouvait le besoin, etc,

Voici encore l'histoire d'un malade cystostomisé dans les plus mauvaises conditions, à l'âge de soixante-dix-huit ans, en avril 1894. Depuis la veille, l'état de ce vieillard, soigné par le Dr Rondet (de

Neuville), avait rapidement empiré. Le malade était dans le coma, la température rectale s'élevait à 40°6. La mort paraissait d'autant plus éminente, que l'on ne pouvait, avec la sonde, arriver dans la vessie. Aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans et demi après la cystostomie, cet homme garde ses urines trois à quatre heures pendant le jour et plus longtemps pendant la nuit. Il satisfait à l'émission urinaire par des mictions uniquement hypogastriques. Son état général est parfait. Il n'accuse aucune douleur, aucune gêne fonctionnelle.

Je rappellerai enfin, mon dernier exemple, non moins probant que les précédents, l'observation d'un cystostomisé de M. Rollet, qui exerce actuellement, six ans après l'opération, le métier pénible de forgeron. Cet homme robuste, très bien portant, peut garder ses urines facilement pendant trois à cinq heures. Le jet est projeté à une distance de 30 à 40 centimètres par la voie hypogastrique. La miction ne s'est pas rétablie par la verge, car la prostate, restée énorme, fibreuse, bosselée, continue de former un obstacle insurmontable.—(*Gazette des Hôpitaux.*)

Des suites de la pleurésie séro-fibrineuse.—M. DESOII, chef de clinique à la Faculté de Lille, admet avec un grand nombre de médecins, que les épanchements séreux primitifs de la plèvre sont de nature tuberculeuse; partant de ce point de vue il expose ainsi les suites possibles de ces pleurésies :

A) Tantôt la pleurésie *guérit complètement*. L'individu retrouve après la maladie toute sa validité : il n'est ni plus ni moins tuberculeux qu'avant. Il s'agit alors d'une tuberculose locale de la plèvre, spontanément curable. Les nodules tuberculeux de la plèvre n'ont pas de tendances évolutives. Ils se forment et meurent sur place sans ensemençer les parties voisines.

B) Tantôt, au contraire, la pleurésie est *phthisiogène*, c'est-à-dire que la tuberculose continue sa marche progressive, et que le malade, peu à peu, succombe au progrès de la consommation.

b) L'évolution tuberculeuse peut se faire exclusivement aux dépens de la plèvre (*phthisie pleurale*). Dans ce cas, au lieu de se terminer par la guérison, au bout de quelques septenaires, la pleurésie persiste avec tous ses caractères; fièvre intense, sueurs profuses, amaigrissement rapide, épanchement abondant se produisant après chaque ponction, devenant parfois séropurule ou hémorrhagique. La mort survient rapidement par l'épuisement, sans que la tuberculose ait envahi aucun autre organe.

b') L'évolution tuberculeuse peut gagner le poumon. C'est la forme la plus habituelle (*phthisie pleuropulmonaire*). Tantôt les lésions pulmonaires sont tardives; elles ne se développent qu'après la disparition des phénomènes pleuraux. Les malades paraissent guéris de leur pleurésie, mais, quelque temps après, se mettent à tousser et l'on assiste ainsi à l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

(*L'Abeille Médicale.*)

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

DEUX ACCOUCHEMENTS PROVOQUÉS.

Mensuration de la tête fœtale.

De M le Docteur Paul BAR, professeur agrégé.

12 février 1898.

Nous venons d'avoir dans le service deux cas pour lesquels nous avons cru devoir provoquer l'accouchement.

L'une de ces deux femmes était enceinte pour la seconde fois. Elle a eu ses règles à 17 ans seulement. Sa première grossesse s'est terminée par l'accouchement d'un enfant vivant, après un travail assez long. Sa deuxième grossesse—celle-ci—datait du mois de juin; les dernières règles, en effet, avaient eu lieu du 20 au 28 mai. C'est donc au mois de mars que cette femme devrait être à terme.

Son bassin mesurait 10,2 au diamètre promonto-sous-pubien, ce qui, déduction faite, ramène ce diamètre à 8,7.

Nous décidâmes de provoquer l'accouchement et la femme a accouché, seule, d'un enfant moyen.

La seconde femme est une primipare dont les dernières règles datent du 24 au 26 mai (à peu près comme la première). Le bassin de celle-ci n'est guère plus large que celui de l'autre femme; son diamètre promonto-sous-pubien mesure 10,3.

Les conditions dans lesquelles se trouvaient ces deux femmes étaient donc sensiblement identiques au point de vue du bassin. Restait à connaître les dimensions de la tête des deux fœtus. M. Perret, après examen, me dit que le diamètre bi-pariétal de la tête de l'enfant de la première femme mesurait 8 centim. 3 et celui de la tête de l'enfant de la seconde femme 9 centimètres.

La grande objection adressée à l'accouchement provoqué est celle-ci: "Vous n'êtes pas capables de connaître le volume de la tête du fœtus, donc vous ne pouvez pas savoir à quel moment il faut faire accoucher la femme prématurément." Cette objection étant écartée, je ne vois point ce que l'on pourrait opposer à la pratique de l'accouchement provoqué.

Pour arriver à déterminer les mesures de la tête fœtale, nous avons employé le procédé de M. Perret, qui nous donne de bons résultats; c'est ce procédé que je veux vous faire exposer aujourd'hui par M. Perret lui-même à qui je cède la place.

M. Perret prend alors la parole:

Lorsqu'on se décide à provoquer un accouchement, la difficulté consiste à connaître la valeur du fœtus que l'on veut faire naître avant terme, et, plus spécialement à connaître le diamètre de la tête de ce fœtus, afin de comparer les diamètres de cette tête avec ceux du bassin qu'elle doit franchir.

Chez les femmes à bassin moyennement vicié, le fœtus se développe tout comme l'enfant d'une femme à bassin normal. Il faut donc tenir compte du développement fœtal absolument comme s'il avait lieu dans un bassin de dimension normale.

D'après les observations faites par MM. Tarnier, Budin, etc., le poids du fœtus est, en moyenne, de 1.100 grammes à 6 mois, de 1.500 grammes à 7 mois, de 2.000 grammes à 8 mois et de 3.000 à 3.500 grammes à terme.

D'un autre côté, le diamètre bi-pariétal mesure :

A 7 mois.....	7 centimètres.
A 7 mois $\frac{1}{2}$	7 cent. $\frac{1}{2}$.
A 8 mois.....	8 centimètres.
A 8 mois $\frac{1}{2}$	8 cent. $\frac{1}{2}$.
A 9 mois (à terme).....	9 cent. $\frac{1}{2}$.

M. Budin a démontré que tous les diamètres de la tête peuvent se réduire pendant le travail, mais que de tous le bi-pariétal est celui qui se réduit le moins,—cette réduction est au maximum de 5 millimètres.

Si nous connaissons donc exactement le début de la grossesse, nous pourrions en déduire le diamètre bi-pariétal du fœtus ; mais il n'est pas toujours facile d'être fixé sur le début de la grossesse, et partant le rapport du diamètre bi-pariétal avec l'âge de la grossesse ne nous est généralement pas d'un grand secours.

Cette date du commencement de la grossesse est, disons-nous, le plus souvent difficile à déterminer. Les femmes, en effet, peuvent devenir enceintes quelques jours *avant* leurs règles, quelques jours après, ce qui peut mettre un écart de quelques semaines entre les prévisions, les probabilités, et fausser ainsi les chiffres sur lesquels on s'appuie.

En outre, il y a des femmes dont les règles sont plus ou moins fréquentes, plus ou moins rares. Si certaines ont leurs règles tous les 24, 25 jours, d'autres les ont seulement toutes les six semaines, et même moins souvent que cela, quelques-unes les ont seulement de temps en temps.

Enfin, il y a des femmes qui peuvent devenir enceintes pendant qu'elles allaitent, c'est-à-dire quand leurs règles ne se font pas.

Il y a bien, à 4 mois $\frac{1}{2}$ de grossesse, la sensation du mouvement du fœtus, mais on ne peut pas prendre ce renseignement comme base, parce que toutes les femmes ne sentent pas remuer l'enfant.

Heureusement que nous avons à notre disposition d'autres moyens d'apprécier le diamètre de la tête fœtale.

D'abord le palper mensurateur. Pour le pratiquer, on place la femme sur le bord du lit et on se met à côté d'elle. Avec une main, on applique la tête du fœtus sur le détroit supérieur, et si l'autre main peut passer entre cette tête et la symphyse pubienne, on en déduit que l'accouchement pourra se faire. Mais ce procédé pourra-t-il toujours être employé ? Il offre des difficultés. Le placenta peut être inséré sur le détroit inférieur et rendre la manœuvre tout à fait

impossible. D'un autre côté, il peut y avoir un faux promontoire. En résumé, il arrive fort souvent que le palper mensurateur ne peut pas se faire.

Un autre procédé est celui d'Ahlfeld, qui consiste à chercher la longueur totale du fœtus et à en déduire la dimension de la tête en se basant sur ce principe que le diamètre bi-pariétal est en rapport constant avec la longueur même du fœtus. Un enfant qui, par exemple, a une longueur de 50 centimètres, a un diamètre bi-pariétal de 9 cent. 06

Ahlfeld mesure donc la longueur du fœtus et détermine, d'après cette mesure, la dimension de sa tête.

Ce procédé est abandonné à cause des erreurs qu'il occasionne. Et tout d'abord il n'est pas absolument vrai—comme l'admet d'Ahlfeld—que la distance de l'occiput au coccyx représente exactement la moitié de la longueur de l'enfant.

De ces diverses méthodes, il resterait bien celle qui consisterait à mesurer directement le diamètre bi-pariétal : mais cette mensuration directe n'est en général pas possible. M. Tarnier a bien pu l'employer une fois avec succès dans un cas de présentation du siège, mais c'est là une exception.

En 1894—ma première année de moniteur à cette clinique—j'avais été préoccupé de cette question et je m'étais dit qu'il y aurait peut-être un autre moyen d'arriver à déterminer la mesure du diamètre bi-pariétal.

En considérant que le diamètre occipito-frontal a, d'une façon constante, chez l'enfant à terme, 24 millimètres de plus que le bi-pariétal, et qu'il en est de même chez le fœtus de 8 mois et encore chez celui de 7 mois, je me dis que l'on pourrait trouver là la méthode pour avoir la mesure de la tête.

D'une manière générale on peut admettre que, dans les derniers mois de la grossesse, la différence entre les diamètres occipito-frontal et bi-pariétal est de 25 millimètres.

J'ai pris ces diamètres sur 94 têtes fœtales avant l'accouchement ; j'attendais 24 à 48 heures après la naissance,—temps suffisant pour que la tête ait repris le volume qu'elle avait avant le commencement du travail—et j'ai constamment contrôlé ces mesures.

J'appelle occipito-frontal le diamètre maximum de la tête fœtale, et de même le bi-pariétal est pour moi le diamètre *transverse* maximum de cette même tête.

Voici comment je procède pour mesurer la tête fœtale :

Je place la femme sur le bord du lit. Je touche pour reconnaître la position de la tête. En appuyant les mains de chaque côté du ventre, je place, autant que possible, la tête en position traverse. Au moyen du palper on trouve le front sur lequel on applique l'une des branches du céphalomètre de Budin, la seconde branche de l'instrument est appliquée sur l'occiput. L'arc gradué donne l'écartement des deux branches. Il faut déduire du chiffre trouvé l'épaisseur de la peau (une double épaisseur) que l'on mesure en faisant un pli à la peau. On a ainsi la longueur du diamètre occipito-frontal. Il suffira de déduire 25 millimètres de ce dernier chiffre pour

avoir le diamètre bi-pariétal à quelques millimètres près, dans la plus grande majorité des cas.

Depuis mes premières expériences, j'ai continué à prendre aussi la mesure des têtes dans les bassins rétrécis. Les erreurs que j'ai relevées dans ces diverses mensurations n'ont jamais dépassé 2 millimètres. Une fois, cependant, nous avons eu une erreur de 17 millimètres et une autre fois une erreur de 3 millimètres. La cause de l'erreur était une tête fléchie.

Nous pouvons dire, en résumé, que nous avons à notre disposition plusieurs moyens de mesurer la tête fœtale, et de nous rendre compte, par conséquent, si l'accouchement prématuré est nécessaire et s'il est possible. Ces moyens ne sont pas absolument rigoureux, mais toutefois en combinant les diverses méthodes dont nous disposons, nous pouvons dire qu'il nous est permis de savoir à quel moment il convient d'intervenir.

M. Bar ajoute quelques mots.

C'est là une question fort intéressante et je suis heureux d'avoir eu l'occasion de la faire exposer par M. Perret à qui j'adresse mes remerciements.

On a exagéré en disant que l'on ne peut pas arriver à mesurer la tête fœtale dans le bassin. La méthode de M. Perret constitue un pas en avant très sérieux. Vous avez vu combien elle nous a été utile dans les deux cas qui ont été l'occasion de cette leçon spéciale.

Chez la première de ces deux femmes nous avons provoqué l'accouchement par l'application d'un ballon de Champetier de Ribes. L'accouchement s'est fait très vite.

Chez la seconde—la primipare,—on a appliqué d'abord le ballon de Tarnier, puis celui de Champetier de Ribes; on a fait ensuite la rupture des membranes et on a dû enfin avoir recours à la symphysectomie.

(*Journal des Sages-Femmes.*)

TRAITEMENT DES MALADIES ET DES TROUBLES DIGESTIFS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

Par VINAY. (*Médecine Moderne*, No 45 et 46 p. 353 et 361. 1898.)

MALADIE DE LA BOUCHE. 1° *Traitement du ptyalisme.*—Par son origine et sa marche, le ptyalisme est un symptôme analogue au vomissement; l'un et l'autre coïncident assez souvent. Il apparaît vers la fin du premier mois, il persiste jusqu'au milieu de la grossesse, puis disparaît lorsque se manifestent les mouvements de l'enfant. Il ne se développe guère que chez les hystériques et les névropathes.

Habituellement bénin, il peut provoquer des troubles graves de la nutrition et nécessiter l'interruption de la grossesse. Il n'est guère modifié par les médicaments qui arrêtent la sécrétion salivaire, comme l'iodure de potassium, l'atropine ou la pilocarpine; cependant ce médicament semble avoir modéré dans quelques cas l'abon-

dance de la salivation. La pilocarpine s'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 1 centigramme.

D'autre part les médicaments nervins, le bromure de potassium, la cocaïne, l'antipyrine, la phénacétine, etc., ont donné de bons résultats; le bromure (1 à 2 gr. par jour) se donne par la bouche ou en lavements.

Dans les cas extrêmes, lorsque le ptyalisme provoque l'anorexie complète, oblige à boire incessamment, trouble le sommeil et détermine un amaigrissement marqué, on est dans la nécessité de provoquer l'avortement.

2° *Traitement de la gingivite.*—La grossesse facilite la carie dentaire en provoquant des troubles dans la nutrition des dents. Les femmes dont l'hygiène de la bouche est défectueuse présentent à peu près exclusivement la gingivite de la grossesse.

Le traitement prophylactique consiste dans le pansement des dents cariées, l'ablation du tartre et dans le lavage et les soins journaliers de la bouche. L'ablation des dents malades n'est pas contre-indiquée par l'état de grossesse.

On peut prescrire comme poudre dentifrice :

Carbonate de chaux.....	40 gr.
Salol.....	10 gr.

Lorsque la tuméfaction des gencives est considérable il faut avoir recours à l'iode, à l'acide chromique, au permanganate de potasse, au chlorate de potasse, en application au moyen d'un pinceau :

a) Chlorate de potasse.....	6 gr.
Miel rosat.....	10 gr.
Glycérine.....	20 gr.
b) Teinture d'iode.....	10 gr.
Glycérine.....	20 gr.
c) Eau distillée.....	30 gr.
Permanganate de potasse.....	0 gr. 15

TROUBLES DIGESTIFS.—*Traitement des troubles digestifs.*—Au degré le plus atténué, ils consistent en nausées, dégoût pour certains aliments. A un degré supérieur apparaissent les vomissements, d'abord glaireux, puis alimentaires; ils surviennent de préférence le matin à jeun, puis reviennent à l'occasion des repas.

Dans les cas graves l'intolérance pour toute espèce d'aliments est absolue. Leur point de départ serait un reflex dont l'utérus est le siège; en effet chez les femmes atteintes de vomissements incoercibles l'utérus est douloureux; la palpation hypogastrique détermine la douleur; on trouve parfois de la rigidité du coi qui est inextensible, l'hydramnios, la môle hydatique, l'endométrite de la caduque. D'autres fois on observe des déviations de l'organe, la rétroversion surtout avec la compression des organes voisins qui en résulte. En somme, on peut invoquer souvent un tiraillement des plexus ner

veux du petit bassin ou bien un état pathologique de la musculature de la matrice.

Mais toutes ces conditions peuvent exister sans provoquer la forme pernicieuse des vomissements et il semble bien que ces derniers soient commandés par un état pathologique du système nerveux.

Presque toujours les malades sont hystériques ou neurasthéniques, présentent une tare nerveuse héréditaire ou acquise.

En ce qui concerne le régime à instituer, il convient de remarquer que celui-ci ne peut être fixé d'une façon invariable, car certaines femmes peuvent tolérer des aliments d'une digestion difficile et inversement d'autres éprouvent des dégoûts insurmontables vis-à-vis d'aliments d'une parfaite digestibilité...

Quand les vomissements sont abondants, il faut conseiller le repos au lit, au moins pour la matinée. Les boissons gazeuses et froides sont également bien tolérées; d'autres fois les boissons chaudes au contraire conviennent aux malades. L'alimentation solide doit être supprimée et remplacée par du lait coupé d'eau faiblement alcaline, par du consommé froid, du bouillon de bœuf et du lait de poule, du thé léger pur ou coupé avec du lait, du café au lait.

Certaines femmes supportent mieux les aliments demi-solides tels que potages épais, œuf à la coque, tandis que toutes les boissons sont invariablement rejetées. Chez celles qui sont fortement atteintes il faut administrer ces différents aliments liquides par cuillerées à bouche, espacées de demi-heure en demi-heure.

La constipation doit être combattue.

Un déplacement est parfois utile; en tout cas il faut assurer la tranquillité des malades, l'éloignement de toute influence psychique fâcheuse.

La médication purement stomacale reste sans effets, tandis que les agents médicamenteux qui s'adressent aux troubles utérins et aux modifications du système nerveux central exercent souvent une action favorable.

On a utilisé tour à tour l'opium et ses dérivés, la cocaïne, la teinture d'iode, le bicarbonate de soude, le valérianate de caféine, le cyanure de potassium, l'oxalate de cerium, le valérianate de cerium, les injections sous-cutanées d'éther, de morphine, d'eau chloroformée, etc. Les médicaments qui paraissent préférables sont l'opium uni à la belladone ou au datura en pilules :

Extrait thébaïque.....	} à à 0 gr. 01
Extrait de belladone.....	

pour une pilule, à prendre immédiatement avant l'ingestion des aliments; ou bien :

Extrait thébaïque.....	0 gr. 01
Extrait de datura.....	0 gr. 005

pour une pilule. En prendre deux le soir en se couchant.
 Quand on utilise la cocaïne, on peut formuler ainsi :

Cocaïne.....	0 gr. 15
Eau.....	150 gr.

Une cuillerée à café toutes les demi-heures.
 Le menthol réussit bien également :

Menthol.....	1 gr.
Alcool.....	20 gr.

Faites dissoudre, puis ajoutez :

Eau.....	150 gr.
----------	---------

Deux cuillerées à bouche d'heure en heure.

Le bromure de potassium doit être administré en lavement, à doses assez élevées 4,6 et même 8 grammes en 24 heures.

La suggestion pendant le sommeil hypnotique a parfois déterminé la guérison. Il en est de même de l'électricité sous ses deux formes ; courants continus et courants induits : les premiers sont préférables. On applique un pôle, le pôle positif, sur le trajet du pneumogastrique au cou, et, de préférence, du pneumogastrique droit ; le pôle négatif d'une plus grande dimension, est placé sur le creux épigastrique ; on fait passer un courant de 8 à 10 milliampères, pendant un quart-d'heure à une demi-heure et on répète la séance deux à trois fois par jour.

Les inhalations d'oxygène ont donné de bons résultats à Pinard et à Charpentier ; elles sont longues et répétées (30 à 40 litres toutes les deux ou trois heures).

Les applications chaudes ou froides le long de la colonne vertébrale ont été conseillées (Guéniot). On peut encore employer les pulvérisations d'éther sur le creux de l'estomac et sur la colonne vertébrale.

Vinay résume ainsi sa pratique : repos au lit, au moins pendant la matinée ; alimentation exclusive de lait glacé, administré par petites tasses ou cuillerées à bouche toutes les demi-heures ou toutes les heures ; lavements au bromure ; pulvérisations d'éther.

Comme traitement opératoire on a employé :

1^o La réduction de l'utérus rétroversé.

2^o La méthode de Copeman.

Graily Hewitt a vu que 19 fois sur 89 cas les vomissements de la grossesse pouvaient être attribuées à une rétroversion de l'utérus.

Lorsqu'il existe des adhérences rendant la réduction de la déviation ou le maintien de la réduction difficile, on peut avoir recours au massage utérin avec une grande prudence.

La méthode de Copeman consiste dans la dilatation forcée du canal cervical au moyen de l'index.

L'interruption de la grossesse devient une nécessité lorsque la

vie de la mère est menacée. Le moment d'intervenir est arrivé quand apparaissent les symptômes menaçants comme la diminution de la quantité journalière des urines, la présence de l'albumine en quantité plus ou moins grande, la fuliginosité de la langue et l'acidité de l'haleine, l'amaigrissement progressif, l'extrême faiblesse, etc. L'abaissement du poids quotidien dépassant 200 gr. ou davantage est une indication formelle d'intervention.

Traitement de la diarrhée.—Même quand elle paraît liée directement à la gravidité, la diarrhée ne comporte pas de traitement spécial. On usera des médicaments habituels : sous-nitrate de bismuth, salol, astringents divers, lavements laudanisés. Charpentier donne le nitrate d'argent en pilules, à la dose de deux centigr. par jour, une pilule matin et soir. Les médicaments nervins, bromure de potassium, antipyrine, pourraient être employés.

Traitement de la constipation.—La constipation est la règle pendant la grossesse.

Outre un régime alimentaire approprié (végétaux, fruits mûrs, pain de son, etc.) on utilisera les lavements huileux ou glycérinés, l'huile de ricin à petites doses, etc... On se gardera de l'aloès et des drastiques.

G. LYON.

(Revue de Thérapeutique.)

L'urine dans la fièvre typhoïde.—Le Dr Petruski, de l'Institut Bactériologique de Dantzig, ayant examiné l'urine de cinquante typhiques, a trouvé, dans trois cas, le bacille d'Eberth présent dans le liquide. Il rapporte le cas d'une garde-malade qui goûta par mégarde de l'urine d'un typhique et fut prise de fièvre douze jours après. Le Dr Richardson, médecin à l'hôpital général de Massachusetts, a examiné l'urine de vingt-quatre typhiques, et a pu constater, dans sept cas, la présence du bacille. Le bacille n'apparaît dans l'urine que très tard, vers la 3^e semaine ; il est toujours présent dans les selles. Pour que la prophylaxie de la fièvre typhoïde soit complète, il faut donc désinfecter l'urine aussi bien que les selles, ainsi que les vases qui reçoivent le liquide.

De l'hystérectomie vaginale totale pour inversion utérine.—M. LONGUET, ancien interne des hôpitaux, a consacré à l'étude de cette question une revue générale, publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* et qui se résume dans ces conclusions :

L'hystérectomie vaginale totale est le procédé de choix pour les inversions utérines reconnues manifestement irréductibles ou compliquées. Les résultats autorisent dès maintenant à la considérer ici comme l'opération de l'avenir. La technique générale de Quénu : section médiane et ablation bifragmentaire de l'utérus sans hémotase préventive, trouve dans l'inversion une de ses plus précieuses applications.

REVUE D'HYGIÈNE

SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

Rapport présenté à l'Académie de Médecine, dans la séance du 3 mai 1898.

Par M. le Prof. GRANCHER.

II

La tuberculose dans la famille.

(Suite).

Je voudrais dire, aussi brièvement que possible, ce qui se passe d'ordinaire dans une famille où éclate la tuberculose, et, en regard, dire ce qui devrait s'y passer.

Voici d'abord ce qui se passe :

Le tuberculeux qui tousse et crache depuis quelques mois, qui a maigri et perdu ses forces, ignore la nature de son mal et se croit atteint d'une bronchite. Même si d'autres cas ont frappé frères, sœurs ou parents autour de lui, son optimiste est grand et il explique ces morts par des accidents, plus volontiers que par l'hérédité ou la contagion. Que si, au contraire, il se préoccupe et s'inquiète, rien ne sera plus facile que de lui donner le change ; il y est tout préparé, et désormais la famille et le médecin vont conspirer dans ce sens et entretenir soigneusement son erreur.

Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Je suis un de ceux qui pensent que quand un tuberculeux peut guérir, c'est pour lui un grand malheur d'ignorer la nature de sa maladie, car il ne guérira qu'à la condition de connaître la gravité de son mal et quels longs et patients efforts sont nécessaires pour en triompher. Au contraire, le tuberculeux condamné à une mort plus ou moins prochaine a droit au mensonge de son entourage et de son médecin...

Pourquoi donc la grande majorité de nos confrères s'efforcent-ils, dès l'origine, de tromper les tuberculeux et croient-ils remplir un devoir en agissant ainsi ? C'est que l'idée, heureusement fautive, de l'incurabilité de la tuberculose règne en maîtresse. C'est elle qui gouverne toute la conduite du médecin et de la famille et les convie à épaissir les voiles sur les yeux du malade et à le leurrer jusqu'au tombeau. J'accorde que le spectacle de la phtisie dans nos hôpitaux était jusqu'ici bien fait pour entretenir ce pessimisme chez les jeunes médecins ; mais si les réformes projetées aboutissent—et cela est certain—j'espère que l'étudiant verra l'efficacité de la thérapeutique hygiénique, même à l'hôpital, même chez les malheureux, et qu'il

reprendra confiance. Il ne doit pas ignorer, du reste, ce qui se passe dans les sanatoria.

Une autre idée, jusqu'ici dominante, celle de l'hérédité et du fatalisme qui s'y attache, n'a pas peu contribué à briser toute espérance. Et cependant, quelle famille résisterait à une enquête conduite, sur ce point, en ligne directe et collatérale jusqu'à la troisième génération? Quelle famille n'a pas de tuberculeux? et le médecin ne manque jamais de relever cette hérédité, si lointaine qu'elle soit.

Si la tuberculose est *héréditaire* et si elle est *incurable*, que faire? Ce qu'on fait hélas! Cacher le mal comme on cacherait une honte, et lui livrer un simulacre de combat où la défaite est certaine, acceptée d'avance... comme le destin.

Pour agir autrement, il faudrait d'autres convictions scientifiques et beaucoup de tact et de courage, car, pendant quelque temps encore, le préjugé sera le plus fort et le médecin devra lutter contre le malade et la famille. Le malade, je l'ai déjà dit, ne désire rien tant qu'être trompé, et si, dès le début, on n'a rien dit, comment parler quand le mal s'est aggravé et que l'espoir de la guérison s'éloigne? Ce qu'il était utile et sage de dire à l'origine, devient plus tard une cruauté inutile qu'aucun médecin n'oserait se permettre. La famille voudrait savoir la vérité; mais elle a peur de l'entendre, et si le médecin, pour se couvrir, ose parler franchement, c'est à quelque personne de second rang, sans aucune autorité sur le malade.

Pour les mêmes raisons, qui dès l'abord ont engagé le traitement dans une mauvaise voie, la prophylaxie est négligée, oubliée, ou à peine indiquée. On aurait bien trop peur d'effrayer ou de contrister le malade; mieux vaut paraître tout ignorer... et ne rien faire.

Et, de fait, le bacille tuberculeux, qui trouve le champ libre, à qui l'on n'oppose que des traitements timides et intermittents, soigneusement combinés pour entretenir l'ignorance du malade, et les illusions de la famille, pour tromper aussi la petite ville dont il faut conserver les relations et la bonne opinion, le bacille fait son œuvre impitoyable. *Et bientôt cependant on sait, tout le monde sait, mais trop tard, la vérité! A la cacher on a donc tout perdu.*

Voici maintenant ce qui devrait se passer :

Au lieu de rester hypnotisé devant le péril et les difficultés de sa tâche, en pensant à l'hérédité et à l'incurabilité de la tuberculose, le médecin doit tourner ses regards vers les notions modernes de la *curabilité*, non exceptionnelle, mais fréquente, très fréquente de la tuberculose, et de la *contagion*.

Certes la curabilité, même de la phthisie caverneuse, était admise par Laënnec, mais à titre exceptionnel. Au contraire, nous savons aujourd'hui que dans nos tissus, le tubercule a une tendance *naturelle* à guérir, spontanément, par enkystement et transformation fibreuse. Nous savons que cette guérison *naturelle* et spontanée, par enkystement fibreux, sur laquelle j'ai tant insisté, est très fréquente dans beaucoup de tuberculoses localisées, même pulmonaires, et que, à la condition de faire un diagnostic précoce et un traitement énergique, cette guérison devient presque *la règle*. Mais il faut le consente-

ment et le *vouloir guérir* du malade. Comment l'obtenir par un traitement sévère et prolongé, sans lui ouvrir les yeux ? Qu'on les ouvre donc ! avec toute la prudence, tout le tact, toute la patience nécessaires, soit ; mais qu'on les ouvre ! C'est le devoir quand on peut espérer la guérison.

C'est aussi pour le médecin un devoir strict, quand les crachats contiennent des bacilles, de combattre la contagion et de prévenir le reste de la famille.

Pour cela, il n'est nécessaire de troubler ni d'effrayer personne. L'usage habituel du crachoir de poche et d'appartement, la désinfection de ces crachoirs, chaque soir, par l'ébullition ou un lavage antiseptique ; une propreté rigoureuse de la chambre du malade, qui sera lavée et non balayée ; *c'est tout* : et la vie de famille continuera comme avant.

Est-ce donc là quelque chose de si difficile à faire et à obtenir ?

Je puis affirmer, pour ma part, à mes confrères, qu'ils s'exagèrent beaucoup l'impression qu'ils produisent en prononçant le mot de tuberculose devant un malade. Sans doute il faut savoir dire cela, et, pour être médecin, il n'est pas défendu d'être psychologue et diplomate. Il faut savoir tenir à chaque malade le langage qu'il convient, choisir l'heure propice, dire la vérité peu à peu, au besoin, et sans prendre soi-même un air effrayé ; au contraire, en ajoutant aussitôt que la tuberculose est très curable, ce qui est vrai ; qu'il n'est pas de maladie plus obéissante au traitement quand on la prend au début et qu'on la soigne bien, ce qui est encore vrai ; que la guérison est certaine puisque, connaissant la nature du mal, on saura lui opposer le traitement efficace, ce qui est moins vrai, mais ce qui est vrai encore très souvent.

Certes, et je le reconnais volontiers, le premier émoi est assez vif et, maintes fois, des larmes jaillissent des yeux ; mais je serais tenté de les appeler bienfaites tant j'ai vu souvent, quelques semaines, quelques mois après, les malades venir me remercier de leur avoir dit la vérité ! Cette vérité, qu'ils redoutaient tant, quand ils la soupçonnaient seulement, avait été acceptée bien vite avec philosophie, puis avec courage, et était devenue le ressort toujours actif de leur fidélité au traitement.

Quelle satisfaction pour tous aussi de savoir, qu'avec quelques précautions faciles, la maladie pouvait être soignée, et sans danger de contagion, au milieu des siens !...

Rien du reste ne plaidera mieux la cause du médecin que la réalisation de son pronostic. Or, il n'a qu'à prédire, et il peut le faire avec une quasi certitude, que chaque période de traitement sévère sera suivie d'une amélioration et que, au contraire, les fautes seront punies de rechutes fatales ; il est sûr de conquérir sur son malade et son entourage toute l'autorité morale nécessaire pour conduire à bien la cure et imposer la prophylaxie. Cela ne vaut-il pas mieux que de lâcher les rênes par peur d'émotion passagère, que de laisser la maladie s'aggraver et de s'entendre reprocher bientôt un diagnostic erroné ou trop tardif, une thérapeutique hésitante et indécise ? Car c'est fatal, et la famille, celle surtout qui voulait tout ignorer, se retour-

nera contre son médecin quand elle aura entendu le fameux : *trop tard !* de la bouche d'un second et d'un troisième médecin.

J'ai soigné déjà bien des tuberculeux et de toutes les positions sociales ; eh bien ! il m'a presque toujours été possible de dire à chacun d'eux, ou toute la vérité, ou assez de la vérité pour obtenir leur complète obéissance. Car c'est là le but qu'il faut atteindre. J'ai trouvé cependant quelques rares malades qui ne voulaient rien savoir et qui m'abordaient en disant : surtout, docteur, si je suis tuberculeux, ne me le dites pas ! Plus souvent c'est le médecin, ami de la famille, qui vous prie de ménager un malade impressionnable et de lui cacher la gravité de son mal. C'est presque lui demander une consultation de pure forme, mais le médecin n'y songe pas. Ailleurs, c'est la mère qui vous supplie de ne pas effrayer sa fille, si nerveuse !

Au contraire, il arrive que le malade veut être éclairé et le dit franchement ; ou encore que, connaissant sa maladie, il débute ainsi : je suis tuberculeux et viens vous demander un conseil. Cela simplifie bien les choses !

Mais le plus souvent, malades et familles ne sont ni si timorés ni si courageux, ils sont ignorants et maintenus dans l'ignorance, voilà tout. En les éclairant prudemment et doucement, on rend un grand service à tout le monde.

Quelquefois, cependant, il faut savoir être un peu dur, et, chose bizarre, cette obligation se fait surtout sentir dans un milieu social élevé. Outre que certaines gens se croient volontiers de trop haute lignée pour devenir tuberculeux, ils opposent souvent aux conseils du médecin les raisons les plus futiles : le "qu'en dira-t-on ?" d'abord, et les visites et les réceptions—qui sont la grande affaire—et un mariage en train, déjà convenu... En cas pareil, le devoir est difficile, mais il faut avoir le courage de parler net si on ne veut se rendre complice d'une mauvaise action.

Bref, votre commission demande que le médecin, son diagnostic fait, parle et agisse comme il convient, dans chaque cas particulier, pour obtenir de tous obéissance à sa thérapeutique et à sa prophylaxie.

Et ce devoir incombe au médecin traitant plus encore qu'au médecin consultant, sur qui on compte volontiers pour dire ce qu'on n'a pas osé dire, surtout quand on a trop tardé. Il faut donc que le médecin traitant s'explique de bonne heure avec le malade et avec la famille ; s'il ne le fait, bientôt il sera devancé et poussé par les familles mêmes, qui commencent, un peu partout, à s'inquiéter de la contagion. Il faut aussi, comme le demande justement M. Monod, que ce médecin traitant fasse entendre au malade qu'il est intéressé, le premier, à se servir des crachoirs de poche et d'appartement, à les désinfecter, etc., pour éviter une réinfection et une aggravation de son mal. Ainsi, un peu d'égoïsme aidant, l'intérêt de tous sera sauvegardé.

J'ai parlé de diagnostic précoce et j'y reviens, parce que c'est un des points les plus délicats dans cette question déjà si complexe de la tuberculose. Pendant longtemps, le signe de certitude, c'est-à-dire

le bacille dans les crachats, fait défaut ; j'entends dans les formes à début pleurétique et dans la forme pulmonaire commune. S'il ne s'agit que de prophylaxie on peut se fier à l'absence ou à la présence du bacille, ou encore à des inoculations d'épreuve à des cobayes. La tuberculose est *ouverte* ou *fermée*. Mais faut-il donc attendre cette élimination des bacilles ? Non certes, surtout s'il s'agit de l'action thérapeutique, et la meilleure prophylaxie ne serait-elle pas aussi de ne pas permettre à une tuberculose pulmonaire ou autre, mais pulmonaire surtout, d'abord *fermée*, de se transformer en une tuberculose *ouverte* ? Or, on le peut en faisant un diagnostic précoce et une thérapeutique également précoce.

Pour cela, il ne faut pas suivre les errements classiques et attendre la submatité et les craquements pour reconnaître la tuberculose pulmonaire. Cette soi-disant première période de la maladie est, au contraire, voisine de ramollissement, c'est-à-dire des cavernules, dernière phase du processus anatomique. Il faut se contenter d'un diagnostic de probabilité et le faire alors qu'avec la chute des forces et l'amaigrissement on constate une altération permanente et fixe du murmure vésiculaire à l'un des sommets du poumon. Il ne faut attendre ni la matité, ni les craquements, ni même, ni surtout les crachats bacillifères pour prescrire un traitement et y tenir une main ferme. A ces conditions, la thérapeutique sera vraiment efficace et la contagion supprimée.

Que, dans toute cette phase qui précède la destruction et le ramollissement des tissus, on ne prononce pas le mot tuberculose, soit, et c'est même à ces malades que, depuis trente ans, je dis, en atténuant ma pensée : " Vous êtes candidat à la tuberculose ! " Cette parole, dont le sens a été un peu modifié et élargi par M. Landouzy en 1891, suffit à tenir les gens en éveil et à les prémunir contre les fautes qu'ils pourraient commettre.

Je crois qu'en agissant ainsi on peut faire beaucoup de bien, guérir beaucoup de malades et assurer toute prophylaxie par la suppression même du bacille. Et il faut que sur ce point ma conviction soit bien forte pour que je me permette, dans ce rapport, de rappeler mes travaux personnels ; l'Académie voudra bien m'excuser.

Mais, à côté de la recherche des bacilles ou de l'auscultation et de l'examen clinique classique, il y a d'autres moyens de faire le diagnostic de la tuberculose. Le plus important de tous, depuis la communication de R. Roch, en 1890, c'est l'emploi de tuberculine. On sait quel parti merveilleux notre collègue, M. Nocard, a tiré de son usage bien réglé pour la tuberculose des bovidés. Ici, l'injection du poison tuberculeux et l'étude de sa réaction n'ont que des avantages. En est-il de même dans l'espèce humaine ?

N'ayant pas d'expérience personnelle sur ce point, car je n'ai jamais osé employer la tuberculine comme réactif du tubercule, j'ai demandé l'avis de deux savants allemands des plus justement estimés, MM. Escherich, de Graz, et Epstein, de Prague, qui, chez quelques enfants où le diagnostic de la tuberculose viscérale et pulmonaire est si difficile, ont beaucoup employé la tuberculine.

(A suivre.)

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

Rédacteur en chef: - Dr E. P. BENOIT

MONTREAL, SEPTEMBRE 1898

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA LICENCE INTERPROVINCIALE.

Nos lecteurs ont dû lire, dans le rapport que nous publions des séances de l'Association Médicale Canadienne, le programme que cette Association a adopté, et qui, s'il est sanctionné par les Bureaux Médicaux des différentes provinces, permettra de tenter la création d'une licence interprovinciale facultative, qu'un Bureau Central d'Examen, nommé à Ottawa, accordera aux médecins du Dominion qui se présenteront devant lui. Tel est, en effet, le résumé du projet adopté à la réunion de Québec.

Cette question d'une licence interprovinciale n'est pas nouvelle. Le Dr Campbell, président de l'Association Médicale des Provinces Maritimes, dans un discours prononcé à Halifax au mois de juillet dernier, en a donné un historique que nous résumons rapidement. L'Association Médicale Canadienne avait essayé depuis longtemps, mais n'avait pas réussi à obtenir pour le Dominion un Bureau Central d'Examen. Tous les ans, les divers présidents de cette Association proclamaient la nécessité d'un tel Bureau, mais rien n'était fait. Il était réservé aux provinces maritimes d'entrer les premières dans la voie pratique. Un projet de fédération médicale du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Ecosse et de l'Île du Prince-Edouard fut d'abord adopté par les sociétés médicales locales, et les médecins de l'Île du Prince-Edouard firent modifier leur bill afin d'entrer dans la fédération. Puis l'Association Médicale des Provinces Maritimes, réunie à Charlottown en 1893, adopta un projet d'union qui fut acceptée par les Bureaux Provinciaux de Médecine et sanctionnée par les législatures en 1894. Les Provinces Maritimes ont depuis une licence interprovinciale.

Cette même année 1894, l'Association Médicale Canadienne s'étant réunie à St-Jean (Nouveau-Brunswick), on discuta la question au point de vue fédéral. L'association nomma un comité qui fit rapport en 1895 à Kingston, et invita les Bureaux Provinciaux à prendre part au mouvement. L'invitation fut acceptée; toutes les provinces, sauf la Colombie Anglaise et les Territoires, se firent représenter à Montréal en 1895, et un programme d'examen préliminaire, d'étude et d'examen de pratique, préparé par un comité, fut adopté par l'Association. C'était un grand pas de fait. L'année suivante (1897), l'Association se réunit de nouveau à Montréal; la province de Québec et le Manitoba se déclarèrent prêts à s'entendre avec les trois provinces maritimes sur les bases proposées, mais la province d'Ontario fit des objections. Voici quel était l'obstacle. Tout le monde était d'accord, ou à peu près, sur le programme de l'examen préliminaire ainsi que sur celui des études, mais la province d'Ontario ne voulait pas admettre que Québec conservât son système d'assesseurs ou plutôt la loi médicale d'Ontario contenait une clause prohibitive à cet égard. Force fut de remettre le règlement de la question à l'année suivante, et de poursuivre en attendant les négociations. Elles ont abouti à un excellent résultat, puisque cette année toutes les provinces ont envoyé des délégués à la réunion de Québec, et que tout le monde s'est trouvé d'accord. C'est un premier pas de fait vers une solution pratique.

Nos lecteurs voudront bien se rappeler, en relisant le programme de Québec, que nous publions page 545, que ce programme est général, et que, s'il doit rester le même dans ses grandes lignes pour toutes les provinces, chacune d'elle pourra le modifier dans ses détails. Ce dernier point sera nécessaire, du moins pour la province de Québec. En effet, dans le programme tel qu'adopté à Québec : 1° on met l'anglais (grammaire, traduction, rhétorique) obligatoire; 2° on rend le français facultatif, avec l'allemand et le grec; 3° on efface l'histoire de France. Ceci peut faire pour Ontario ou le Manitoba, mais nous ne consentirons jamais à reléguer notre langue au second rang, ou à oublier notre histoire, et le Bureau des Gouverneurs aura le devoir impératif, cet automne, lorsqu'il étudiera la question, de voir à ce que nos institutions, notre langue et nos lois conservent dans le programme adopté la seule place qui leur convienne dans cette province, c'est-à-dire la première.

Le programme des études est le même que celui de nos universités; il n'y aura de ce côté aucun changement à faire.

Quant à l'examen à la pratique, il est bien vrai que le projet dit que les examinateurs seront nommés par les Bureaux de médecine de chaque province respectivement, mais il est entendu que, pour la province de Québec, le système des assesseurs sera continué. Ce qui a empêché cette fois-ci, Ontario de s'opposer à la chose, c'est que les Bureaux Provinciaux continueront, comme par le passé, à n'accorder qu'une licence provinciale. Pour avoir la licence fédérale, le médecin devra passer un examen (si le plan réussit bien entendu) devant un Bureau Central d'Examineurs nommés par Ottawa, et dans lequel chaque province sera représentée.

C'est là le point difficile. D'après l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, Ottawa ne peut pas intervenir dans les questions d'éducation, qui sont du ressort exclusif des provinces. Il faudra que les provinces abandonnent une partie de leurs droits. Peuvent-elles ainsi abandonner ces droits ? Ont-elles intérêt à le faire ? Ottawa peut-il agir à leur place, même avec leur consentement ? Il est bien difficile de répondre tout de suite, et la Cour Suprême devra probablement décider la question. Question très importante en vérité, qui mérite d'être posée longuement, puisqu'elle touche au principe même de la Confédération.

Quels seront les avantages de la licence interprovinciale ? C'est, disent les promoteurs du mouvement, de nous assurer l'uniformité des études, l'unité des droits et la liberté d'exercice dans tout le Dominion. C'est très bien ; mais prenons garde de nous payer de mots. Le programme des études se ressemble beaucoup d'un bout à l'autre du Dominion ; nos droits sont identiques dans toutes les provinces. Nous ne pouvons pas prétexter, pour donner ce coup de canif dans l'Acte de l'Amérique Britannique du Nord, le progrès de la science ou la sauvegarde de nos droits, puisque nos lois provinciales y pourvoient amplement. Le seul avantage réel que nous puissions y gagner, c'est la liberté de transporter nos pénates d'un bout à l'autre du territoire, et c'est le prestige dont jouirait, aux yeux de l'étranger, une licence qui, accordée par le pouvoir central du Dominion, serait reconnue par l'Angleterre et ses colonies. Certes, cela vaut la peine qu'on s'en occupe ; mais nous ne partageons nullement la hâte impatiente de l'Association Médicale Canadienne, et nous croyons qu'on doit traiter la question avec lenteur et prudence. Nous regretterions que, pour s'assurer un avantage relatif, la profession médicale fut la première à porter atteinte à l'autonomie des provinces, et à ne plus respecter le principe de la Confédération.