

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.


PARAISSANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
A. MARIEN.

M. A. Le SAGE,

 Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE, Rédacteur en chef
46, Avenue Laval, Montréal.

Vol. XLIII

1er AVRIL 1914

No 4

MEMOIRES

COURS DE PEDIATRIE — LEÇON D'OUTERTURE (1)

Par M. le Dr Raoul MASSON,
Chargé du cours de Pédiatrie, Médecin de l'Hôpital Sainte Justine.

Messieurs,

En prenant aujourd'hui possession du cours de pédiatrie, je ne puis me défendre d'un sentiment d'émotion bien compréhensible, et sincèrement je vous avouerai que j'ai un peu hésité à accepter l'honneur que me faisait la corporation de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, en m'appelant à me charger du cours de Pédiatrie.

Sans faire allusion, par fausse modestie, à mon plus ou moins de qualifications pour mener à bonne fin la tâche que l'on me confie, je ne puis pas ne pas voir la responsabilité qui m'incombe, convaincu que je suis de toute l'importance qu'il y a pour le médecin praticien à bien connaître cette spécialité si intéressante, qu'est la médecine infantile, si nous voulons poursuivre avec succès la lutte commencée, déjà depuis quelques années, contre la mortalité infantile qui est une plaie nationale pour nous Canadiens-français.

D'un autre côté, au courant de cette opinion erronée, accréditée

(1) Le mercredi, 1er avril 1914.

encore malheureusement auprès d'une très grande proportion de notre population, que les enfants ne peuvent pas être soignés, et imbu de l'idée que, cette opinion, souvent, a été presque encouragée, par la négligence ou l'indifférence de certains médecins qui trop facilement, sous des examens plus ou moins plausibles se dérobent à leur devoir en médecine infantile, en laissant le champ libre à l'impuissance, et à la médication souvent dangereuse de vieilles femmes plus zélées que compétentes ; si c'est à l'œuvre qu'on connaît l'ouvrier, vous comprendrez messieurs, que le pauvre ouvrier que je suis, se soit senti quelque peu désemparé devant l'œuvre qu'on lui confiait.

Le problème de la mortalité infantile dont aujourd'hui tous les pays civilisés s'occupent d'une façon intensive à trouver la solution, est peut-être pour nous Canadiens-français, une question plus importante encore que pour tout autre pays.

Notre situation géographique qui nous tient éloignés du pays d'où nous avons tiré notre origine, nous enlève l'appoint d'un voisinage dont notre nationalité pourrait bénéficier au point de vue de l'augmentation de notre population, et par là de l'influence de la race française en Amérique.

Entourés comme nous le sommes d'éléments étrangers, l'immigration aidant, nous serions fatalement destinés à l'engloutissement final si nous n'avions pour nous la grande et intarrissable source de recrutement qu'est la fécondité remarquable de nos femmes canadiennes.

De tous les modes de repopulation la natalité d'un peuple en est la plus désirable ; de même pour nous, parce que nos enfants issus de notre race naissent avec nos aspirations et notre idéal, grandissent sous l'égide de la famille, élevés dans le respect de notre foi, la pratique de nos mœurs et de nos coutumes, l'amour de notre langue.

Nous ne dépendons donc, au point de vue national, que de notre natalité, et vous comprenez messieurs l'importance vitale qu'il y a pour nous de conserver nos petits enfants, et de combattre à outrance pour cette fin, la mortalité infantile qui chez nous, surtout dans nos grands centres est peut-être la plus considérable au monde entier.

Il est prouvé de façon certaine que l'ignorance est la cause première de cette mortalité excessive ; ignorance autrefois excusable,

mais qui demain deviendra coupable si ceux qui chaque jour invités à pénétrer dans les secrets les plus intimes des foyers, si ceux qui appelés à diriger, à instruire, à enseigner ne font pas leur part de travail, et n'accablissent pas leur devoir d'éducateur envers les mères de familles, si ceux-là manquent à leurs obligations, s'ils se déchargent trop facilement de leurs ministères respectifs, ce seront eux les coupables et ils auront à porter la responsabilité de leur négligence — je veux parler *du prêtre et du médecin*.

Rien ne sert d'avoir un si grand nombre d'enfants si nous ne savons pas les conserver ; ce n'est pas par le nombre des naissances que s'accroît la population autochtone d'un pays, mais bien par la différence qu'il y a entre le surplus des naissances sur le nombre des décès.

Et c'est par l'éducation du peuple et surtout par l'éducation de la femme en général, et de la mère de famille en particulier, que nous arriverons à enrayer ce fléau qui, chaque année nous enlève des milliers de précieuses existences dont nous pourrions, pour le moins, sauver la moitié, si les mères étaient instruites et renseignées sur l'art si difficile d'élever les enfants, mieux encore qu'elles ne le sont sur l'art de tenir leur ménage.

Depuis quelques années, grâce au zèle et au dévouement de quelques médecins éclairés, le clergé de nos villes a compris l'importance de ce mouvement d'éducation maternelle, et aussi voyons-nous, sur l'invitation de l'archevêque de Montréal, un certain nombre de curés organiser, dans chacune de leurs paroisses, des séries de conférences sur l'hygiène, des gouttes de lait, des consultations de nourrissons pour venir en aide aux familles pauvres qui, par une faveur souvent mystérieuse, sont celles qui ont le plus grand nombre d'enfants, mais aussi, chez lesquelles la mortalité infantile est la plus considérable.

Ce mouvement éducationnel est un précieux appoint, mais encore trop peu répandu, et c'est au médecin, que vous serez bientôt, qu'il appartient de prendre l'initiative, de mettre des œuvres en mouvement, de les créer même, en ayant comme réconfort et encouragement l'idée que le travail fait dans le but de combattre la mortalité infantile, est un travail méritoire au point de vue humanitaire, social et national.

J'ai dit déjà que la mortalité excessive de nos enfants est une calamité nationale et je crois inutile d'insister sur ce point, mais

je voudrais vous démontrer qu'au point de vue économie sociale la question se présente sous un jour peut-être plus frappant, parce qu'ici, c'est l'éloquence abstraite des chiffres qui s'impose.

La vie humaine a une valeur intrinsèque réelle qui est représentée par un montant d'argent variant suivant l'âge, la position sociale, l'état de santé de chacun, mais qui a été ramenée par des compilateurs et des staticiens, à une moyenne générale variant entre \$2,500 à \$3,800, soit \$3,150 pour chaque individu.

Il est clairement prouvé que par l'observance des lois de l'hygiène nous pouvons abaisser le taux de la mortalité en général de près des $\frac{2}{3}$, et épargner ainsi une déperdition de capital vital qui en valeur monétaire se chiffre par millions chaque année.

Savez-vous messieurs que la vie d'un enfant a une valeur monétaire réelle de \$1,500 de la naissance à 5 ans, de \$2,300 de 5 à 10 ans, et que les dernières statistiques nous démontrent que sur 1,000 enfants il en meurt environ 160 dans la première année, 50 dans la deuxième et 25 dans la troisième, savez-vous que la mortalité totale est de 22 pour 1000 personnes vivantes et qu'elle n'est que de 11 par 1000 pour les adultes de 40 ans!

Si nous jetons un coup d'œil sur nos statistiques municipales nous voyons qu'au cours de l'année 1911, 5,353 enfants âgés de moins de 5 ans sont morts dans la seule ville de Montréal, soit $\frac{1}{4}$ de la mortalité totale.

En évaluant au plus bas, soit à \$1,500, la vie de chacun de ces enfants par un calcul élémentaire nous constatons que la société a fait une perte totale et réelle de \$8,029,500 par la seule mortalité infantile de la ville de Montréal.

Etendez cette étude à la seule province de Québec pour une décade seulement, et la somme d'argent perdue au cours de cette période atteindra un montant quelque peu fantastique mais non moins réel.

La valeur monétaire par laquelle est évaluée la vie humaine n'est pas un paradoxe mais une réalité, comme l'a si bien démontré M. le Professeur Valin dans un magistral travail sur les avantages économiques de l'hygiène publique; nous y voyons en effet que la vie humaine est un capital réel qui atteint sa plus value à l'âge où l'homme est à son maximum de productivité, et qui chez l'enfant est un capital en puissance qui s'accroît à mesure que l'enfant grandit et se rapproche de l'âge de capacité productive.

MÉTAUX COLLOÏDAUX ÉLECTRIQUES

A PETITS GRAINS = MAXIMUM D'ACTIVITÉ PHYSIOLOGIQUE et THÉRAPEUTIQUE
en solutions stériles, stables et injectables

ÉLECTRARGOL

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE à PETITS GRAINS

Ampoules de 5 cc. - Prix de la Boîte de 6 amp. 6^f || Flacons spéciaux stérilisés de 50 cc.
Prix du Flaçon : 6 francs.

Ampoules de 10 cc. - Prix de la Boîte de 3 amp. 6^f || Flacons spéciaux stérilisés de 100 cc.
Prix du Flaçon : 10 francs.

Ampoules Compte-Gouttes de 10 cc. pour Collyres.

Electroplatinol^(Pt), Electrauro^(Au), Electropalladiol^(Pd)

Ampoules de 5 et de 10 cent. cubes.

ELECTR-Hg Mercure colloïdal électrique

Prix de la Boîte de 6 ampoules de 5 cc. : 5 francs.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & C^o, 20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS.

1305

ROUGIER FRERES, Dépositaires à Montréal.

Plus efficace que la Teinture d'Iode et les Préparations d'Argent.

SILVODIDE

"LA CREME D'ARGENT"

Une préparation liquide contenant en suspension parfaite et stable 6. 5%
d'Argent et d'Iode combinés.

Un agent actif et curatif qui n'irrite ni ne colore la peau.

INDICATIONS: Urérites, Blennorragies, Vulvo-Vaginites, Otorrhées,
Fistules, Fissures, etc.

SILVODIDE CHEMICAL CO., ALLENTOWN PA.

Dépositaire: ANGLO-FRENCH IMPORTING CO.,

232, rue Lemoine, MONTREAL

ROBORGEN

Les propriétés reconstituantes—muscles et nerfs—que possèdent certains éléments nutritifs, en particulier le phosphore qui en petites quantités, est une des découvertes qui ont le plus révolutionné les sciences modernes.

ROBORGEN est une préparation tonique dont la composition a été établie après une étude sérieuse des lois qui gouvernent ces substances.

ANALYSE :

ALBUMINE	—	70%
PHOSPHORE	—	1 $\frac{3}{4}$ %
EAU	—	12%
HUILE	—	15%

Le phosphore est à l'état organique, facilement assimilable par le corps humain.

ROBORGEN est indiqué tout particulièrement dans les cas de fatigue cérébrale, troubles nerveux, anémie, débilité, affections tuberculeuses, dyspepsie, typhoïde, rachitisme etc.

La pureté du **ROBORGEN** est garantie.

Nous adresserons un échantillon valant 60 cts à tout médecin qui en fera la demande.

ROBORGEN se vend à un prix convenable pour toutes les classes de la société.

En demandant des échantillons, n'oubliez pas de mentionner le nom du journal.

Les Extraits Fluides

constituent la médication la plus sûre et la plus recommandable pourvu qu'ils soient préparés convenablement. Il est plus facile d'obtenir et de conserver les principes actifs dans les extraits que dans les teintures, les pilules, les infusions ou autres préparations.

Les deux points importants sont : la bonne qualité de la matière première et l'habileté dans la fabrication.

Les "**National pharmaceutical laboratories**" ont gagné le droit d'affirmer la haute valeur de leurs **Extraits Fluides**.

Aucune autre ligne de produits similaires n'est supérieure aux

NATIONAL FLUID EXTRACTS

Les médecins qui prescrivent l'ergot, la digitale, la noix vomique ou tout autre produit patenté peuvent en toute confiance prescrire les "**National Fluid Extracts**" de ces produits et compter sur leur action.

Les témoignages de confiance dans

L'extrait fluide d'ergot, "National"

L'extrait fluide de noix vomique, "National"

L'extrait fluide de digitale, "National"

qui nous ont été adressés de la part des médecins des différentes parties du Canada, sont une garantie que les

NATIONAL FLUID EXTRACTS

ont une valeur réelle.

Écrivez toujours "**NATIONAL**" quand vous prescrirez des extraits fluides et vous serez sûrs, ainsi, d'obtenir de bons résultats.

NATIONAL DRUG & CHEMICAL CO. OF CANADA, LIMITED

Laboratoire Central de produits pharmaceutiques de MONTREAL.

Comme il est clairement démontré par de nombreuses statistiques, que les pertes de vie sont surtout nombreuses dans les premières années, et que le chiffre de la mortalité infantile est infiniment supérieure à celui rencontré à tous les autres âges, allant parfois pendant certaines saisons particulièrement redoutables jusqu'à dépasser celui des naissances; il semble tout à fait logique que ce soit là où le mal est le plus grand qu'il faille appliquer le remède; c'est ce que nous sommes appelés à chercher et à étudier ensemble.

Nous devons donc tout particulièrement insister sur cette question d'une importance capitale, la mortalité infantile et les moyens à prendre pour l'enrayer.

C'est le but que nous devons sans cesse avoir devant les yeux, ce sont les motifs qui devront nous faire trouver agréable notre travail réciproque, consistant pour nous à travailler courageusement à apprendre avec plaisir, pour moi à vous donner avec mon entier dévouement l'enseignement théorique sur les maladies infantiles.

LE PROFESSEUR LACHAPELLE

J'ai dit précédemment que plusieurs raisons m'avaient fait hésiter à accepter l'honneur d'accepter la chaire de pédiatrie, et une des plus sérieuses était le souvenir encore si vivace de mon regretté maître et prédécesseur M. le professeur Séverin Lachapelle.

Mêlé à tous les mouvements qui intéressaient les tout petits, le Dr Séverin Lachapelle fut tour à tour conférencier agréable et disert, organisateur enthousiaste; apôtre et soldat de la cause infantile, il a consacré une partie de son existence à prêcher par la parole et l'exemple le sauvetage de l'enfance.

Médecin de la crèche de la Miséricorde pendant plusieurs années, où son expérience me fut d'un précieux secours, réorganisateur des gouttes de lait à Montréal, président de la section médicale lors de l'exposition pour le bien-être de l'enfance. Organisateur et président du premier congrès des Gouttes de Lait au Canada, le Dr Lachapelle a réalisé les espérances que promettait son ardeur juvénile depuis le moment où jeune homme encore, écolier même, il s'enrôlait comme zouave, sous le drapeau pontifical jusqu'au jour où brusquement il fut enlevé à l'affection, l'estime et le respect de tous ceux qui l'ont connu.

Littérateur distingué, le Professeur Lachapelle a écrit de nom-

breuses chroniques dans les grands quotidiens dont les colonnes lui étaient toujours ouvertes, et toujours, ses sujets préférés étaient les enfants et l'hygiène infantile.

Auteur d'un traité pratique très répandu, de médecine et de thérapeutique infantile, notre regretté maître avait encore breveté un thermomètre maternel appelé à rendre des services inappréciables et à la mère et au médecin.

Le Professeur Lachapelle qui m'honorait d'une affection particulière me répétait souvent : " j'ai fait un livre pour apprendre à soigner les enfants, j'ai inventé un thermomètre pour voir quand ils avaient besoin d'être soignés, il me reste à réunir sous forme de bonbons agréables les médicaments les plus usuels à doses précises et proportionnées, puis ensuite je pourrai dire comme le vieillard Siméon, " Seigneur, vous m'aviez donné une petite âme blanche, je vous la remets un peu ternie, mais en retour vous m'aviez donné un petit corps et je vous en remets un gros."

Sous son aspect un peu austère, avec ses longs cheveux jetés en arrière, l'œil sévère, la voix forte et éclatante, le geste violent, il était la bonté et la gaieté réunies.

Nul ne lui a connu qu'une passion, la pêche à la ligne — passion bien anodine mais qui continuait l'antithèse que l'on rencontrait partout chez lui — douceur et bonté sous un aspect sévère et brusque, caractère impatient, emporté, et pour distraction l'amusement où il faut le plus de patience.

Ceux d'entre vous messieurs qui avez eu l'avantage de profiter des leçons du Professeur Lachapelle, se rappellent encore, j'en suis convaincu, le charme de son enseignement, sa parole chaude, son éloquence intarrissable, la richesse de sa mémoire, sa voix puissante et ses connaissances profondes en faisaient un professeur toujours estimé ; doué en plus d'un cœur de père, il fut toujours aimé de ses élèves qu'il traitait en enfants gâtés.

Vous comprenez messieurs, que j'aie hésité à accepter la chaire de pédiatrie, surtout pour y succéder au Dr Lachapelle. Je ne puis en effet prétendre égaler l'éloquence ni le charme de mon prédécesseur, je ne puis pas même vous traiter en enfants, mais je suis en mesure de vous dire, messieurs, que l'intérêt que je vous porte, et l'estime que j'ai pour vous tous sont pour le moins égaux, et que je suis tout disposé à voir en chacun de vous en particulier, un ami d'aujourd'hui, et un collaborateur de demain.

Il n'y a pas si longtemps, je me trouvais moi-même sur ces mêmes bancs dans cette même salle à peine modifiée, heureux étudiant, insouciant du lendemain, n'ayant à mon horizon qu'un nuage sombre, "les examens," nuage redouté mais bienfaisant en réalité, car son ombre parfois nous protégeait contre les rayons trop violents de notre jeunesse ardente, en nous obligeant à défléchir à demain et à nous plonger dans nos bouquins, nos cahiers et nos dictionnaires.

Plusieurs d'entre vous arriveront sous peu au terme de leur cours universitaire, munis de vos diplômes, vous voyez l'avenir s'ouvrir brillant devant vous, vous voyez la vie vous sourire...

Je ne voudrais pour rien au monde déflorer la plus petite, la plus naïve de vos illusions, mais n'oubliez pas que votre rôle de médecin ne se bornera pas à tracer des ordonnances, à palper des malades, à prescrire des traitements, surtout dans les questions que nous aurons l'avantage d'étudier ensemble, votre rôle sera un rôle d'instituteur, mieux que cela, un rôle d'apôtre, et vous ne devrez pas vous y dérober.

Vous savez que notre mortalité infantile est formidable, vous savez qu'il est de votre devoir de travailler à l'enrayer, vous savez que l'ignorance des mères est la principale cause de cette calamité nationale qui fait que pour deux berceaux qui se parent une tombe blanche se fleurit, eh bien, sachant tout cela apprenez encore messieurs, que c'est sur vous que le pays doit compter pour enrayer ce fléau, vous, les favorisés, qui ayant l'avantage d'apprendre aurez le devoir d'enseigner.

Même au point de vue intérêt personnel il est important que vous instruisiez les mères qui vous feront l'honneur de vous appeler, autrement vous vous priveriez d'une source de revenus très légitime, si par exemple vous leur disiez que les enfants ne peuvent pas être soignés, et qu'il faille laisser faire la nature, et encore faudrait-il au moins leur dire ce qu'il conviendrait de faire ou plutôt de ne pas faire pour ne pas entraver la nature.

Il peut vous paraître étrange, messieurs, que nous ayons réduit à 30 le nombre des leçons théoriques sur la pédiatrie, de 90 qu'il était l'an passé.

Nous avons pris cette décision après réflexion et discussion du programme avec nos confrères qui seront chargés conjointement de suppléer aux leçons théoriques par des leçons pratiques.

Nous sommes en effet tous convaincus qu'il faille donner un certain nombre de leçons théoriques et d'explications didactiques sur la médecine infantile, mais nous croyons qu'il est pour le moins aussi important de compléter ces leçons par des cliniques et des travaux pratiques, qui nous permettront d'entrer en relations avec les enfants malades, d'apprendre à les manipuler, les examiner, les approcher même, aussi nous rappelant que vous avez l'avantage d'être sous la loi des 5 années de cours, nous avons mis en réserve 60 leçons cliniques et même plus si possible, cliniques qui vous seront données dans les hôpitaux et dispensaires que les autorités mettront à votre disposition.

Au sujet des 30 leçons que je suis chargé de vous donner cette année je dois dire de suite que je m'efforcerai de les rendre aussi pratiques que possible, et à ce sujet messieurs, je vous prierais de ne pas vous étonner si je semble insister sur des détails qui pourraient vous paraître inutiles, si je répète souvent les mêmes conseils d'hygiène générale ou particulière, je me laisserai guider par l'expérience acquise et je suis convaincu que peut-être un jour c'est à l'application d'un de ces détails que vous devrez votre réputation de bon médecin d'enfants, parce que si votre cure en elle-même n'est pas miraculeuse, vous aurez peut-être ainsi gagné la confiance de la maman et ceci, dans certains milieux est presque miraculeux.

Comme conclusion de cette entrée en matière peut-être un peu trop longue, si j'ai réussi à me bien faire comprendre, vous devez admettre l'importance que doit avoir le travail que nous sommes appelés à faire en commun.

Le but que vous devez poursuivre n'est pas seulement un but matériel visant au succès individuel, à la réussite d'un examen ou l'obtention d'un diplôme, mais surtout au but moral d'un ordre plus élevé visant à l'apport d'une contribution effective au développement et à l'épanouissement de notre pays en général et de notre race en particulier.

Vous faites déjà partie dans l'ordre social de cette classe supérieure, appelée classe dirigeante; que votre ambition soit de mériter réellement cette supériorité; ayez pour devise ce dicton séculaire "Noblesse oblige," et vous saurez, j'en suis persuadé, faire honneur à vos maîtres, à votre université, à votre pays.

L'HYGIENE DANS L'EDUCATION (1)

Par le Dr Edmond LESAGE,
Médecin-Inspecteur des Ecoles.

Si l'hygiène a fait tant de progrès sous l'impulsion de Budin, de Pinard et de leurs élèves, il est juste de reconnaître que c'est au magnifique épanouissement des méthodes pastoriennes qu'elle les doit.

Elles nous ont appris ce que nous ignorions il n'y a guère plus d'un siècle, l'étiologie de la gastro-entérite et l'athrepsie des nourrissons. Elles nous ont enseigné à stériliser le lait, à supprimer l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, et à éviter le tétanos de tout genre dans les circonstances ordinaires, sans que pour cela la vaccination fut mise en cause.

Elles ont fait disparaître de nos "Nursey" l'érysipèle et l'impétigo du cuir chevelu. Elles ont définitivement écarté de nos regards le spectre parfois angoissant de la diphtérie, Leoffler, Klebs et Behring. Depuis, grâce aux admirables découvertes de Schaudin, Metchnikoff, Wasserman, Erlich, elles nous permettent de conjurer les désastreux effets de la syphilis congénitale ou accidentelle.

Et lorsqu'on voudra se mettre courageusement et pratiquement à l'œuvre, la tuberculose infantile pour ne traiter que de la première jeunesse sera raréfiée dans une large mesure, en attendant la victoire définitive de l'humanité sur le bacille.

Que faut-il en effet pour cette première étape ?

D'abord intéresser et instruire les familles, non seulement celles que l'abondance de bien favorise en toute occasion, mais surtout celles qu'un milieu malsain détruit à petit feu, qu'un logement encombré, mal ventilé ou peu éclairé prépare d'avance à l'accès facile de tous les germes que la nature cultive à profusion dans ces milieux contaminés : il faut leur apprendre comment le bal se propage et surtout comment on évite de le communiquer aux tout petits en supprimant entre autres les détestables habitudes que tant de mères ou de nourrices ont prises d'embrasser leurs nourrissons sur la bouche, de goûter le biberon ou la bouillie, d'essuyer les narines et les lèvres de l'enfant avec ses doigts ou le tablier et autres ustensiles du même genre, de tolérer les jeux à quatre pattes sur le plancher souillé de poussière et même de crachats sinon dangereux à

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 17 Mars 1914.

toute éventualité mais toujours suspects au point de vue hygiénique.

Enfin surveiller par l'utilisation judicieuse des nouveaux procédés de diagnostic précoce de la tuberculose, l'apparition des premiers signes d'infection.

Et dès que ceux-ci sont constatés, isoler l'enfant du milieu où il s'est contaminé, le soustraire avec le plus grand soin à toute occasion de réinfection pendant les mois et s'il le faut les années nécessaires à sa guérison complète.

Celle-ci surviendra d'autant plus sûrement et d'autant plus tôt que le diagnostic et l'isolement auront été précoces; la clinique et l'expérimentation sur les animaux sont d'accord pour l'affirmer. L'une et l'autre attestent aussi que les jeunes sujets guéris de lésions tuberculeuses bénignes acquièrent par la suite une résistance extraordinaire aux nouvelles contagions, à tel point que l'on est presque en droit de les considérer comme vaccinés.

Il me semble que voilà des faits de nature à dicter aux parents, aux médecins d'enfants ou hygiénistes et aux éducateurs de la jeunesse leurs devoirs.

Malheureusement lorsqu'il s'agit des enfants du peuple, de multiples raisons d'ordre économique surtout, empêchent les uns et les autres de s'y conformer. Il faut louer certes et encourager l'immense effort de nos contemporains "*tant théoriques que pratiques*" qui multiplient les consultations de nourrissons, les gouttes de lait, les crèches et dernièrement même les Ecoles Maternelles encore à "*l'embryon,*" mais ces œuvres ne sont pas assez nombreuses et le travail n'est pas encore réalisé d'une manière aussi parfaite peut-être qu'on l'avait conçu, l'argent probablement et le concours généreux ensuite font défaut pour en créer davantage, et atteindre tout à fait le but idéal d'une œuvre aussi humanitaire que philanthropique.

Dans notre pays où l'on "*meurt trop, bien que l'on naisse souvent,*" il en faudrait davantage; il faudrait que nos hommes d'État, nos économistes et nos industriels et tous ceux enfin qui vent et doivent s'intéresser à la chose publique et non seulement au développement mais surtout à la conservation de notre race se persuadent enfin que chaque mort prématurée d'enfant est une perte pour notre capital social et que les sommes dépensées pour la

sauvegarde de ces jeunes existences constituent le plus avantageux des placements.

Il serait naïf de penser que ces idées pourtant si simples et déjà tant de fois énoncées sont enfin près d'être accueillies et mises en pratique, mais si nous jetons un regard en arrière, nous devons reconnaître que les progrès accomplis depuis nombre d'années sont assez considérables peut-être pour encourager toutes nos espérances. En effet et dans un autre ordre d'idées qui intéresse davantage l'Hygiéniste Scolaire. Ce n'est point peine perdue que d'apprendre l'hygiène à la jeunesse dans nos écoles. Elle commence à profiter de nos leçons : il suffirait aux hommes de mon âge de se rappeler ce qu'étaient les écoles au temps de leur enfance et d'entrer dans l'école primaire d'aujourd'hui pour s'en convaincre.

Les résultats de notre propagande seraient encore plus brillants si les maîtres de l'enseignement public en comprenaient mieux l'importance et si nous avions moins à lutter contre la routine des programmes scolaires.

Dans ces derniers, l'hygiène n'a pas encore la place qui lui revient de droit mais elle s'y infiltre peu à peu sous la poussée de nos efforts communs, et sans ajouter au surmenage que redoutent seuls les paresseux, nous espérons qu'elle finira par se substituer au fatras de certaines connaissances inutiles dont on encombre le cerveau de nos fils et filles.

Peut-être finirait-on par comprendre qu'il leur serait aussi profitable en temps et lieux, d'apprendre comment on doit se nourrir pour se bien porter et comment on peut se préserver de maladies évitables que de les saturer de poétiques et naïves légendes tirées de l'histoire ancienne ou des premiers essais de l'humanité.

Puisqu'il est entendu que les années d'école servent à l'enfant à prendre possession de lui-même, à s'adapter au milieu dans lequel il est appelé à vivre, apprenons-lui à se connaître au physique comme au moral, enseignons-lui à se défendre contre les ennemis de son corps et de son esprit, à être un bon animal comme le dit Spencer, pour qu'il devienne ensuite un bon citoyen.

Les enfants et les tout jeunes gens s'imaginent volontiers que, lorsqu'ils seront grands, ils seront les maîtres du monde

Ils ignorent tout de la vie et sont déjà orgueilleux au point de croire que le système planétaire gravite autour de leur personnalité. On leur rend service en leur enlevant de bonne heure quel-

ques-unes de leurs illusions et, à mon avis rien n'est plus capable de leur inculquer le juste sentiment de leur faiblesse et de leur ignorance, rien n'est plus susceptible de leur faire comprendre en même temps la beauté et la puissance de la nature que l'étude des infiniments petits.

Il ne s'agit point assurément de leur faire un cours de bactériologie, mais on pourrait leur parler de *microbes* comme on leur parle du soleil, de la lune et des étoiles. Les phénomènes de la phagocytose sont vraisemblablement tout aussi accessibles à leur intelligence que les lois d'attraction qui régissent les marées ou la pesanteur et puisque les admirables livres de leçons de choses qu'on met entre leurs mains exposent d'une façon compréhensible pour eux les éléments de la Zoologie et de la Botanique, pourquoi n'y ferait-on point une place convenable aux principaux parasites de l'homme ?

Et dans de justes proportions, n'est-il pas aussi nécessaire à l'enfant du peuple d'avoir quelques idées générales sur le rôle des *microbes* dans la nature, sur leurs dangers dans des milieux infectes qui les propagent sur place et bien au delà suivant leur virulence que de connaître méthodiquement pour un temps limité d'ailleurs l'histoire de Babylone, les statues de sel, autres faits divers qui ne sont plus à redouter.

Demandons donc aux maîtres et aux maîtresses de nos Ecoles de faire dans leur enseignement et dans les devoirs qu'ils donnent aux enfants une plus large place à ces notions vraiment essentielles, parce que ce sont celles dont on a le plus besoin dans la vie.

Demandons-leur aussi de saisir toutes les occasions qui maintes fois chaque jour, s'offrent à eux pour inculquer aux enfants dès le plus jeune âge la routine de la *propreté*.

Ce sera chose facile s'ils veulent bien leur donner l'exemple, qui, trop souvent leur manque dans la maison paternelle, non pas seulement de la *propreté* superficielle des vêtements, mais de la *propreté* réelle du corps qui préserve la peau des souillures *nocives*.

Réclamons aussi avec une instance méthodique et comme suggestion bientôt pratique je l'espère, le lavage des mains à l'entrée et à la sortie des classes, et avant chaque repas. C'est le plus sûr moyen d'éviter l'introduction si périlleuse de germes infectieux particulièrement celle des bacilles de la tuberculose dans le tube digestif.

Actuellement dans presque toutes nos écoles, cette précaution si nécessaire ne fait pas encore partie du programme. Les enfants se déchaussent en entrant en classe, les *microbes* pathogènes ramassés dans la rue passent des pieds aux mains, des mains à la bouche, il faudrait réellement un lavage des mains obligatoire dans nos écoles pour remédier à ce danger inévitable.

Si l'enfant du peuple était comme nous voulons qu'il le soit, médicalement : c'est-à-dire scientifiquement guidé, suivi et observé depuis sa naissance dans les divers milieux où son développement physique et moral s'opère, jusqu'à sa sortie de l'école primaire, et si les œuvres post-scolaires faisaient ensuite à l'enseignement de l'hygiène la place à laquelle elle a droit, l'adolescent fille ou garçon, entrerait dans la vie solidement armé pour la lutte contre les causes de la mort prématurée.

Alors, nous n'aurions plus la tristesse de voir relever dans les statistiques démographiques, ces mortalités effrayantes chez les jeunes enfants et chez les jeunes hommes ou même chez les jeunes femmes qui n'ont fait qu'occasionner des dépenses à la société sans avoir contribué encore à l'accroissement de la richesse nationale.

Notre patrie se doit à elle-même de ne point oublier que *l'hygiène et l'éducation*, solidaires l'un de l'autre à tous les âges de la vie sont les vraies sources de la civilisation et du bien-être.

LA CHIRURGIE A LA CAMPAGNE

Par les Docteurs O.-E. DESJARDINS et J.-H. RAYMOND,
De Sainte-Anastasia, de Lyster, P. O.

Ce titre, *prima facie*, pourra sembler étrange à plus d'un lecteur. Aussi est-il bon, avant d'exposer en détail, nos vues à ce sujet, de donner les motifs qui nous ont déterminés à l'écrire.

Une expérience de quelques années nous a démontré qu'il y a un certain nombre d'opérations que le médecin de campagne peut raisonnablement entreprendre et conduire à bonne fin avec toutes

les sûretés morales de rendre service à son client et en ne l'exposant à aucune suite fâcheuse. Et ici nous ne voulons pas parler de petites opérations, telles que : amputations de doigt, ouverture d'abcès, ablation des amygdales ou des végétations adénoïdes, etc. Ces opérations devraient toujours être faites par un médecin de campagne. Nous avons en vue dans cet article des opérations un peu plus considérables, telles que : ablation des hémorroïdes, appendicectomie, cure radicale de la hernie, inguinale ou crurale, amputations de membres, etc. . . .

Nous avons surtout en vue d'encourager les jeunes médecins, qui ont suivi avec attention les services hospitaliers ces dernières années, à mettre eux-mêmes en pratique les excellentes leçons qu'ils ont reçues. Les chirurgiens émérites trouveront peut-être téméraire notre conduite en lisant ces lignes. Mais il ne faut pas oublier le vieux proverbe : "Fabricando, fit faber," et se rappeler qu'il y a un commencement en toutes choses. Nous avouons bien qu'il y a ici une question de tempérament et que tous les médecins, bien qu'ils aient fait leur stage à l'hôpital, n'ont pas cette maîtrise qu'il faut pour manier le bistouri. Mais il est au contraire très certain que plusieurs médecins qui auraient des dispositions naturelles pour faire de la chirurgie, ne font pas couramment ces opérations par manque de confiance en eux-mêmes et aussi parce qu'ils sont sous l'impression qu'il faut être dans une salle d'opération pour mener à bonne fin une cure radicale de hernie, par exemple. Erreur ! Et ici, laissez-nous vous raconter comment nous en sommes venus nous-mêmes à faire de ces opérations un peu considérables. Les premières années de notre pratique, à l'exemple de la grande masse des médecins, à chaque fois que nous avions un cas qui nécessitait une intervention, c'était toujours le même refrain : Vous devez aller à l'hôpital où un chirurgien vous opérera. Au bout de quelques années, ennuyés de voir ainsi les *beaux cas* prendre invariablement la route de l'hôpital, nous avons tenté de faire faire chez nous ces interventions par des chirurgiens. Heureusement, de jeunes chirurgiens, justement de retour de leurs voyages d'études en Europe, nous prêtèrent leur concours. C'est alors que nous avons constaté combien, dans une certaine mesure, il était facile de s'organiser pour certaines opérations. Nous avons acquis notre première expérience alors. L'intervention était faite par un chirurgien ; nous aidions à l'opéra-

tion. C'est dire que nous voyions de plus près que nous ne l'avions jamais fait à l'hôpital, les différentes phases de l'intervention, et c'est là que nous avons constaté que nous pouvions faire la même chose et surtout que nous avons mieux compris la description des techniques décrites aux cliniques ou dans les traités de chirurgie. C'est ainsi que nous avons aidé à trois appendicectomies pour des cas sérieux. Un autre cas nous a donné l'opportunité de voir de très près et par nous-mêmes l'endocystoscopie, la séparation intravésicale des urines, le cathétérisme des urètres chez une malade atteinte d'un immense sarcome du rein droit. Nous avons aidé à l'ablation de cette tumeur.

Ces quelques interventions que nous avons fait faire par des chirurgiens, outre qu'elles nous donnaient l'opportunité de voir de près et de suivre la technique opératoire, nous ont fourni l'occasion et la charge assez lourde de mener seuls les suites opératoires. C'était déjà entreprendre une chose importante, car il nous fallait travailler ferme à ne pas gêner ce qui était si bien commencé. Avec du travail et de l'étude nous avons pleinement réussi. Ces quelques succès nous ont encouragés et un jour nous nous sommes lancés dans la grande chirurgie.

Mais pour faire de la chirurgie en campagne il faut en avoir l'opportunité. De nouveaux cas se présentent, mais. . . . Il y a un mais. C'est la course aux hôpitaux et la question des honoraires. . . . (Dans le "Bulletin Médical" de Québec, livraison de janvier 1900, page 283, vous trouverez sur ce sujet un bon article de M. le Docteur Constantin, de Roberval.) Nous traiterons un jour cette question spéciale. Pour le moment, nous nous contenterons de dire qu'il nous a fallu faire un travail énorme de persuasion pour arriver à décider nos malades à se faire opérer à domicile. En faisant nous-mêmes les opérations, cela nous donne l'occasion de faire une pratique très intéressante et l'on peut affirmer qu'au point de vue honoraire, c'est le mieux que l'on puisse trouver pour se faire des revenus dignes d'un homme de profession.

* * *

Maintenant nous allons exposer ce que nous faisons pour nous organiser pour une opération. Ces quelques détails ne manqueront pas d'intéresser les jeunes médecins de la campagne. La technique des opérations s'apprend dans les traités: "Chirurgie

d'urgence" de Lejars, "Technique chirurgicale" de Marion. Des renseignements détaillés au sujet des suites opératoires se trouvent dans "La période post-opératoire" de S. Mercadé.

Pour faire une opération, il faut plusieurs choses: gaze, compresses-champ, ouate, liquides, instruments, drains, fils à ligatures et à sutures, etc... Un médecin qui veut faire de la chirurgie et être prêt à toute éventualité doit garder des compresses et des compresses-champ stérilisées. On trouve dans les bonnes pharmacies gazes en paquet stérilisées d'avance. Nous les avons vu employer par les chirurgiens. Tant qu'à nous, nous les préparons nous-mêmes. Voici comment: nous achetons un rouleau de "plain gaze." Nous découpons des lisières que nous replions pour en faire des compresses de plusieurs épaisseurs. Nous faisons ainsi vingt-quatre compresses que nous empilons et nous enveloppons le tout de trois linges, chaque linge étant attaché pour son propre compte. Nous mettons aussi en paquet une douzaine et demie de compresses-champ, faites de toile, ayant deux pieds carrés, avec aussi une grande compresse-champ de 2 x 4 pieds et ouverte à son centre d'une fente d'un pouce de largeur sur 6 à 8 pouces de longueur. Pour stériliser ces linges nous les faisons bouillir une heure durant dans des marmites contenant une solution à 2% de carbonate de soude. ("Technique chirurgicale," Marion, page -9.) Après ébullition, nous les retirons pour laisser refroidir. Nous les suspendons pour laisser écouler le liquide, puis nous comprimons les paquets pour en expurger tout le liquide. Enfin, les paquets étant toujours recouverts de leur triple enveloppe, sont mis dans le four du boulanger lorsqu'il vient de retirer son pain. Là les linges se séchent et rachèvent de se stériliser à la chaleur sèche à 180°. Nous les y laissons un jour. Nous avons là des linges bien stérilisés et très propres pour les interventions, et l'expérience nous a démontré que l'on pouvait se fier à cette stérilisation.

Pour faire une opération, il faut que les médecins revêtent une robe blanche et un bonnet. Les chirurgiens que nous avons vu opérer les portaient; mais il n'est pas nécessaire qu'ils soient stérilisés, à condition, toutefois, qu'ils soient bien propres.

Nous stérilisons les instruments de la manière suivante: Les instruments voulus sont d'abord passés à la flamme et mis dans 3 linges propres avec les brosses à ongles, drains en caoutchouc. Nous attachons chaque linge à son propre compte. Nous faisons

une solution à 2% de carbonate de soude et nous faisons bouillir. Pendant l'ébullition nous y plongeons les instruments. Nous laissons bouillir une heure. La stérilisation des instruments se fait juste avant l'opération.

Les fils de toutes sortes : catgut de différentes grosseurs, soies, fil de lin s'achètent tout préparés.

Nous avons donc ce qu'il nous faut. Voici comment nous procédons pour la mise en œuvre. Nous nous rendons à domicile en apportant notre table d'opération. On les achète pour un prix assez minime. En tout cas une table quelconque fait bien l'office. A l'arrivée à la maison il y a une précaution importante à prendre. On choisit une chambre convenable et bien éclairée et l'on fait enlever tout ce qui peut nuire, mais il faut bien recommander aux gens d'y aller tranquillement afin de ne pas soulever un flot de poussière qui ne manquerait pas de retomber dans la plaie que nous allons faire tout à l'heure. Nous avons dit déjà aux gens de la maison de faire bouillir *une heure durant* plusieurs marmites d'eau propre et coulée. Nous avons insisté pour que l'eau bouille bien durant une heure. Nous leur avons dit de retirer ensuite les vaisseaux sans *lever* le couvercle et, pour le moins, sans *y plonger* le doigt. Nous avons demandé trois bassins que nous faisons laver comme il faut. Nous disposons les bassins sur des chaises à notre portée. Nous faisons sortir autant de monde que possible et ne gardons qu'une couple de personnes de *sang-froid et intelligentes* qui nous pourront aider. Nous recommandons à ces personnes de se tenir à distance respectueuse et surtout de ne rien toucher.

Nous versons de l'alcool dans chaque bassin et nous y mettons le feu pour les flamber en ayant soin de pencher les bassins en tous sens pour que la désinfection se fasse partout. Nous faisons verser l'eau bouillie dans les trois bassins ; dans l'un d'eux nous faisons une solution de bichlorure de mercure. Nous mettons de chaque côté de la table d'opération une petite table pour y déposer notre matériel. Nous enlevons la première enveloppe de nos paquets, laquelle est souillée, et sans y toucher nous les déposons sur les tables.

Nous procédons à la stérilisation des mains. Une bonne pratique est de faire chez soi une première désinfection des mains, comme préliminaire à celle que nous faisons au moment de l'opéra-

tion. Pour cela lavage durant *dix bonnes minutes* à l'eau bouillie chaude, brossage des mains avec la brosse stérilisée. Puis nous plongeons les mains dans la solution antiseptique, le temps de compter soixante, comme on nous l'enseignait au cours d'obstétrique. Puis nous nous faisons verser sur les mains (*larga manu*) par un aide, en lui expliquant de ne pas nous toucher, l'alcool absolu; et enfin nous faisons la même manœuvre avec la teinture d'Iode. Nous faisons détacher et entr'ouvrir les différents paquets par un aide et nous enlevons nous-mêmes la troisième enveloppe qui est restée stérile.

Le chloroformisateur, durant ces préparatifs a commencé à anesthésier le patient. Si nous devons opérer dans une région couverte de poils, la partie a été rasée et lavée. Nous désinfectons le champ opératoire à la Teinture d'Iode en en versant plusieurs fois sur la peau et en frottant. Puis nous mettons nos compresses-champ, nous voilà au point.

Une fois l'opération terminée, nous nettoyons la plaie à l'alcool absolu et badigeonnons à l'iode. Nous recouvrons de compresses stérilisées, nous mettons une bonne épaisseur de ouate et appliquons le bandage ou la bande. Nous reportons le malade dans son lit, que nous avons fait préparer selon nos recommandations.

L'opération est terminée; nous rentrons dès lors dans la période post-opératoire. Pour la conduite de l'opération nous suivons aussi scrupuleusement que faire se peut les données de "La Technique Chirurgicale," de Marion, ou la "Chirurgie d'urgence," de Lejars. Nous observons fidèlement les règles de l'asepsie, très bien connues aujourd'hui. Le chloroformisateur surveille son malade avec attention; s'il y a alerte, nous y parons suivant les indications de chaque cas en nous conformant avec exactitude aux préceptes que l'on trouve dans les traités sur ce sujet.

En somme pour mener à bien certaines opérations, il faudra un bon diagnostic, qui est à la base de tout; bien posséder l'anatomie de la région où l'on va opérer; suivre la technique recommandée en chaque cas; observer minutieusement les règles de l'asepsie; garder son sang-froid. Une dernière règle que nous nous sommes imposée: faire une sélection des cas à opérer, *id est*, ne consentir à faire l'opération que des cas qui nous semblent favorables et diriger vers l'hôpital ceux qui pourraient paraître un peu hasardeux.

* * *

L'opération terminée, le malade remis dans son lit, le chloroformisateur le surveille pendant son réveil et nous procédons à notre petit ménage. Puis le chloroformisateur et l'aide quittent la maison. (Ces deux derniers n'oublient pas qu'ils ne sont là qu'accidentellement et que la charge du cas incombe à celui qui a fait l'opération — aussi se piquent-ils d'une discrétion parfaite vis-à-vis de l'entourage, laissant au médecin en titre le soin de dire ce qu'il y a à dire et quand il doit le dire.)

Le médecin en charge du cas se trouve maintenant seul et commence pour lui la série de soins post-opératoires. Il y a une condition importante pour celui qui entreprend une telle opération, c'est d'être prêt à consacrer toute son attention à ce malade en premier lieu sous peine ne refuser ses services à d'autres patients quand viendra l'heure où il devra revoir son opéré. Une condition de succès, c'est dans ces cas, la ponctualité, car il peut survenir des complications sérieuses à tout moment et le médecin doit se mettre au service de son malade dut-il perdre ailleurs.

Dans le traité "La période post-opératoire," de S. Marcadé, nous trouvons tous les renseignements voulus pour nous guider. Nous pouvons dire sans crainte que la période post-opératoire est très importante. En effet, tel malade qui aura bien supporté le choc opératoire, présentera les jours suivants un état grave et nous devons tout mettre en œuvre pour le remonter.

* * *

Voici maintenant l'observation de quelques-uns de nos opérés :

1° F. B., fille âgée de 19 ans.

Le 22 octobre 1912, vers 7 h. am m., ressent une douleur assez vive dans le côté droit et en même temps elle a quelques vomissements. Nous la voyons pour la première fois vers les dix heures. Température 99°, pouls 65, douleur dans le côté droit, sensibilité assez aiguë au point de McBurney, vomissements légers. C'est la seconde fois que notre malade ressent ces symptômes. Pour le moment nous faisons mettre de la glace sur le côté, nous prescrivons diète hydrique et repos absolu. Nous remettons la décision à l'après-midi. A cinq heures nous revoyons la malade. Les symptômes sont plus prononcés. Nous parlons d'intervention. La famille accepte et consent à nous en remettre la direction.

Nous ne pouvions désirer mieux pour un premier cas. Jeune fille florissante de santé, un système nerveux inébranlable; avec cela maladie très au début. Nous avons sous la main un cas que nous escomptions opérer sans crainte de complications importantes et nous espérions avoir une guérison rapide et certaine. A onze heures du soir nous faisons l'appendicectomie. L'appendice est trouvé gros, allongé et turgescant. Le réveil chloroformique se fait sans encombre. Les jours suivants, à part une constipation assez tenace que nous faisons céder par des injections de glycérine, tout va bien. Température, redevenue dès le lendemain à la normale, pouls très bon. Le septième jour la température commence à monter; la plaie ne révèle rien d'étrange, ni rougeur, ni sensibilité. Nous incriminons le régime. Nous remettons la malade au lait. Le lendemain la température atteint $100^{\circ}.5$, la plaie se soulève et un peu de rougeur apparaît, nous enlevons un point, il ne sort qu'un peu de sérosité sanguinolente. Deux jours après chute de la température; en enlevant le pansement, il sort une bonne quantité de pus. Bref, quelques jours après, par un traitement approprié, cet abcès de la paroi est tari et la plaie en peu de jours achève de guérir. La malade se lève le 12 novembre.

2° J. F., homme de 28 ans.

Depuis deux mois souffre de hernie inguinale droite contractée à la suite de travaux très pénibles: ramasser de la roche. C'est un solide gaillard. Il consent à se faire opérer par nous. Le 2 décembre 1912 nous lui faisons la cure radicale de sa hernie. Disons de suite que, sauf une période d'excitation très forte au début de l'anesthésie, ce malade a été pour nous l'occasion d'un beau succès. Suites opératoires absolument normales, aucune douleur, une seule injection de glycérine pour faire fonctionner les intestins, température normale, seulement deux pansements, un au bout de quatre jours et l'autre lorsque nous avons enlevé les fils. Lever au bout de quinze jours. Depuis cette date cet homme a repris avec son ardeur coutumière les durs travaux de la terre et des chantiers et la guérison se maintient.

3° S. R., garçon âgé de 14 ans.

Nous avons hésité un moment avant d'opérer ce petit malade, car il n'était pas très vigoureux; mais, enhardi par nos deux premiers cas, nous nous sommes décidés à faire l'opération.

Le 22 février 1913, le midi, douleur subite dans le ventre, fiè-

vre, vomissements. Le 23 au midi nous le voyons pour la première fois. Température 101°, pouls 120, vomissements, douleur dans le côté droit avec maximum d'intensité au point de MacBurney. Nous parlons d'intervention, les parents hésitent. Nous mettons de la glace sur le côté droit; opium $\frac{1}{4}$ gr. à toutes les cinq heures. diète hydrique et repos absolu. Nous devons le revoir le lendemain. De bonne heure le lendemain, le père vint nous dire qu'il a amené son enfant chez un ami près de notre bureau. A dix heures nous faisons l'appendicectomie. Nous trouvons l'appendice très enflammé. Le petit malade a été assez malmené durant les deux premiers jours, douleur dans la plaie, calmée par quelques piqûres de morphine; rétention de gaz qui nécessita quelques injections de glycérine. Le second jour, le pouls semble vouloir faiblir; alors injections de caféine, huile camphrée et injections rectales de sérum-rhum. Au bout de deux jours, tout rentre dans l'ordre et le 12 mars notre petit malade s'en retourne chez lui guéri.

4° A. P., enfant de 8 ans.

Le 24 décembre 1913, nous le voyons pour la première fois. Depuis une quinzaine de jours il est févreux et abattu; depuis huit jours douleurs vives dans le corps de ses deux tibias; les jambes sont gonflées à la partie moyenne, douleur à la pression. Nous nous arrêtons à l'idée d'une ostéomyélite aiguë. Le lendemain consultation entre les trois confrères et confirmation du diagnostic. Nous opérons notre petit malade; nous faisons une ouverture longue d'un pouce à la gauge dans chaque tibia. Nous trouvons les tissus très enflammés et nous laissons en place des drains. Au point de vue de l'état général les suites ont été bonnes; quant à l'état local, une suppuration abondante s'est produite dès les premiers jours. Ce cas nous a valu une série de pansements de toutes sortes et de toute nature. Actuellement les plaies sont très bien guéries. La température s'est maintenue élevée durant la première quinzaine, mais ensuite est redevenue normale pour y demeurer.

5° Nous sommes appelés le 17 mars pour A. P., âgé de 12 ans. L'enfant se plaint de mal dans le ventre depuis la veille avec envie de vomir. Nous interrogeons l'enfant et apprenons qu'il a souvent de ces sortes d'indigestions, comme il dit, et que le repos au lit et la diète ramènent tout.

Aujourd'hui l'enfant se plaint d'une douleur plus forte dans tout le ventre et de plus d'un mal dans les jambes qu'il n'a pas coutume de ressentir. Température $100 \frac{1}{5}$, pouls 84. A la palpation du ventre, l'enfant accuse bien de la douleur, mais nous notons sur le champ même une sorte de sensibilité spéciale de la fosse iliaque droite qui éveille nos doutes sur l'appendice. Le souvenir d'avoir traité un an auparavant sa sœur aînée pour une crise d'appendicite, la constipation habituelle chez notre malade, son apparence souffreteuse et mal en train nous font porter le diagnostic de crise légère aiguë, probablement sur un fond chronique. Nous prescrivons le premier jour : glace sur le ventre et diète absolue ; les symptômes s'amendent, le malade devient moins énérvé. Le lendemain nous donnons quelques petits morceaux de glace par la bouche et continuons la glace sur le ventre, aucune amélioration.

Le 19 mars, nous donnons deux verres à vin d'eau dans 24 heures pour toute nourriture. L'enfant ne souffre pas moins, ne dort à peine que deux heures par nuit et reste énérvé. Le 20 mars l'enfant passe des gaz mais pas de diminution aucune de la sensibilité à la palpation. L'enfant semble un peu plus abattu de ne pas dormir. La température étant normale depuis trois jours, le 21 matin, mais le pouls étant tombé de 84 à 60, nous prescrivons deux grains de caféine toutes les deux heures jusqu'à huit grains dans la journée, puis, vu la faiblesse du pouls, nous augmentons un peu l'alimentation consistant en un peu de café au lait durant le jour. Immédiatement la température remonte à $99 \frac{3}{5}$. Nous faisons alors évacuer l'intestin et pratiquons avec autant de soin que possible le toucher rectal. La main abdominale trouve bien encore la sensibilité spéciale de la région appendiculaire, mais le toucher rectal ne trouve rien pour expliquer l'escension de la température. C'est alors que l'état de faiblesse du malade grandissant de jour en jour chez un sujet déjà débilité, au teint terreux, puis l'élévation de la température dès que nous voulons réalimenter un tant soit peu notre malade, nous font décider de conseiller l'opération qui est d'autant mieux acceptée que le malade est à proximité de son médecin.

Le lendemain 22 mars, à 11 heures a lieu l'opération. Nous pratiquons l'incision de MacBurney, nous reconnaissons facilement les bandelettes iléo-coecales. Nous attirons doucement au dehors la partie inférieure et externe du cœcum et aussitôt nous

apercevons l'appendice se dirigeant en dehors et en arrière, libre non enflammé sur une logueur d'un pouce et demi, puis entouré à son extrême bout inférieur d'une coque graisseuse de la grosseur d'un moyen œuf de poule. Alors nous ligaturons la partie inférieure de la masse épiploïque renfermant l'abcès, et nous enlevons l'appendice en sectionnant très minutieusement au thermocautère. Nous évitons par là tout danger de répandre du pus dans la cavité péritonéale et nous mettons seulement pour plus de sûreté une mèche de gaze iodoformée en refermant la plaie. Les suites de l'opération furent tout à fait normales et apyrétiques, absolument comme un malade opéré dans les premières heures d'une crise franche. Au bout d'une semaine l'enfant pouvait manger à peu près toutes sortes d'aliments.

Dans ce cas d'inflammation chronique de l'appendice avec légères poussées aiguës, il est très intéressant de constater par la pièce enlevée, quel travail de défense peut organiser localement Dame Bonne Nature pourvu qu'on l'aide un tant soit peu en ne faisant rien ou mieux en ne donnant aucun purgatif à l'aveuglette pour un mal de ventre qui souvent se répète. Permettez-nous d'ajouter que nous avons trouvé le bout inférieur de l'appendice baignant sur une longueur d'un pouce et demi dans une cuillerée à soupe de pus d'odeur nauséabonde. D'après la putréfaction de cette partie malade de l'appendice baignant dans l'abcès enkysté et surtout d'après le degré d'avancement du travail de défense nous pouvons conclure que l'enfant souffrait d'appendicite depuis des mois et peut-être des années.

Les médecins qui assisteront au VI^e Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord pourront voir cette pièce spécimen à côté des pièces exhibits que montrera le comité chargé de la section de chirurgie.

6° Le 7 mai 1913, J. M., garçon âgé de 15 ans, vient nous consulter pour un mal dans le ventre qui ne le laisse pas depuis huit jours. Voici ce que nous apprenons: il était au champ à aider son père à clore, quand il sentit soudainement une violente douleur dans le ventre qui ne le lâcha pas et l'obligea à revenir à la maison presque plié en deux.

L'enfant n'a pas vomi mais eut un grand frisson, puis le repos a fait cesser sa douleur. Comme début, ça ne peut être plus brusque. L'enfant continua de se lever chaque jour qui suivit l'at-

taque sans pouvoir toutefois aller au travail. Il se sentit frissonneux, mais chose très curieuse, il continua de manger comme d'habitude mais pas avec autant d'appétit. Au moment où nous l'examinons l'enfant accuse une douleur très vive au point de Mac-Burney, son ventre est assez fortement tendu dans toute la région latérale droite. Il a une démarche soudée. L'enfant répond aussi que ça lui fait mal chaque fois qu'il urine depuis trois jours et c'est surtout un point qui inquiète son père. Nous complétons l'examen par le toucher rectal et l'enfant accuse une douleur très nette dans la région prostatique, nous dirigeons l'exploration vers la région appendiculaire et constatons encore une très vive douleur. Il est 5 heures du soir, le malade accuse une température de $101 \frac{3}{5}$ avec un pouls de 78 encore bon. Nous posons le diagnostic de péritonite enkystée avec abcès pelvien péri-appendiculaire et proposons l'opération pour le lendemain. C'était dire que nous acceptions un bien mauvais cas que celui de sauver un jeune homme en pleine intoxication depuis huit jours. Qu'importe il restait au malade une seule chance sur cent de sauver sa vie et il fallait la lui donner. L'opération fut pratiquée le lendemain. Nous fîmes l'incision de Jalaquier et arrivâmes sur un gros abcès rempli d'un pus d'odeur d'œufs pourris. La température redevint normale après l'opération et le malade qui avait un faciès terreux, la figure émaciée, comme empoisonné, avant l'opération, ne continua pas moins de montrer par son assoupissement continu le haut degré d'empoisonnement réel. Le 10 mai la température descendit à $93 \frac{2}{5}$, puis le pouls tomba à 44, même avec les injections stimulantes données régulièrement. Comme la seule chance qu'avait notre opéré de réchapper semblait fuir, nous décidâmes de tâcher d'aider la désintoxication profonde en ne donnant rien par la bouche et en tâchant de faire un lavage du sang par le sérum artificiel. Nous répétâmes 600 cc. le premier soir. Il n'est pas nécessaire de dire qu'il faut une certaine force de courage de la part du médecin de campagne pour faire accepter ce mode de traitement si dur. Il faut en plus trouver parmi les personnes de bonne volonté un aide intelligent pour permettre au médecin de mener à bonne fin cette opération qui requiert tant de soins d'asepsie.

Le lendemain 11 mai, même dépression. La faiblesse du pouls va toujours s'accroissant et le pouls devient très lent à 36 et 42. Nouvelle injection de sérum artificiel de 500 cc. Ce jour-là un

symptôme nouveau vient assombrir le pronostic, l'enfant passe des urines noires; nous ajoutons au sérum-rhum, deux lavements alimentaires par jour. La température continue à varier de 97 à 98 pendant encore dix jours montrant le peu de force de défense du sujet, mais le pouls remonte peu à peu. Nous dûmes continuer l'emploi de tous les stimulants du cœur: huile camphrée à haute dose, spartéine et strychnine. Le 12 mai nous injectons 500 cc. de sérum artificiel, le 13, 700 cc., le 14, 600 cc. et le 15 pour la dernière fois nous injectons 700 cc..

Durant tous ces jours l'enfant n'a rien pris par la bouche et ne s'est pas plaint du tout de la soif. Le 15 mai nous commençons à donner quelques cuillerées à thé d'eau coupée de brandy, puis un petit peu de café au lait toutes les deux heures et cela jusqu'au 18, alors que nous commençons à donner du gruau. Le 20 mai, nous supprimons tous les lavements alimentaires qui furent toujours bien supportés, puis nous cessons les stimulants hypodermiques de strychnine et continuons à les donner par la voie stomacale. Le 21 notre malade peut manger un œuf et biscuit. Nous augmentons alors la quantité alimentaire sans causer de trouble à la digestion, puis, le 24, nous permettons le steak et patates. L'enfant est affamé. Il demande à manger très souvent. Le 31 nous permettons au malade de s'asseoir dans une grande chaise.

Depuis l'opération, notre malade a passé une quantité énorme de pus d'odeur infecte nécessitant deux ou trois pansements par jour pendant près de trois semaines. Le 31 mai également nous enlevons un tube, et le 6 juin la suppuration ayant beaucoup diminué nous pouvons enlever le deuxième tube que nous remplaçons par une mèche de gaze iodoformée afin d'empêcher une fermeture hâtive de la plaie.

A partir du 1er juin notre malade s'est levé tous les jours durant une à deux heures, et le 15 juin il était complètement guéri.

Par le rapport de ce cas, l'on peut voir qu'à la campagne comme dans les hôpitaux des villes, on peut tenter avec autant de chances de succès la cure des plus grands intoxiqués par péritonite, mais il faut être bien décidés de ne pas remplir seulement que le rôle de chirurgien, mais aussi celui de garde-malade après l'opération, comme dans ce cas où nous avons dû passer huit nuits consécutives auprès de notre opéré. Aujourd'hui cependant nous ne regrettons pas notre rôle car ce jeune homme jouit d'une très bonne santé et travaille sans ressentir aucune douleur.

7° Mademoiselle X R., âgée de 17 ans, accompagnée de sa mère vient nous consulter le 17 juillet dernier pour savoir si nous pouvions guérir son enfant qui souffre depuis près de six ans de deux plaies sur la cuisse droite, région trachantérienne et prostero-externe. Elle a déjà subi plusieurs traitements par différents onguents mais sans jamais obtenir sa guérison. Nous faisons l'examen et l'exploration de ces deux fistules d'où s'écoule à la pression un liquide, sanieux épais et jaunâtre. La malade accuse 103° de température et il est quatre heures p. m. Les deux fistules sont profondes de deux pouces et demi et nous acceptons de traiter la malade à condition de la guérir. Nous injectons de l'eau oxygénée dans une des fistules et nous apercevons que les deux fistules communiquent ensemble. Pendant quinze jours la malade reçoit des pansements soit à l'eau oxygénée, plus souvent à l'éther iodoformé, et quelquefois à la teinture d'iode pure. La température oscille chaque jour entre 99 et la normale jusqu'au 1er août où elle devient normale. C'est alors qu'en explorant les fistules avec un long probe nous sentons profondément et avons la perception qu'un sequestre a pu se détacher autrefois, et qu'il y entretient la suppuration, tarie pour le moment mais qui recommencera dès que cesseront nos pansements désinfectants. Nous proposons donc l'intervention chirurgicale et le quatre août, après quatre jours apyrétiques, nous opérons la malade.

Une incision profonde de deux pouces et demi sur 8 à 9 pouces de long est pratiquée sur la région antero-externe de la cuisse à environ un demi-pouce en dessous de la première fistule. L'opération est sanglante et au lieu de rencontrer un sequestre nous arrivons sur plusieurs *brides* cicatricielles dont deux surtout sont d'une dureté de tendon séché, raccorni. Partout dans l'ouverture de l'incision nous apercevons comme des couloirs communiquant entre eux dans l'épais tissu adipeux graisseux sous-cutané et nous avons assez de difficulté à rompre les brides profondes qui nous conduisent comme à de petits puisards remplis de pus séreux. Après section complète de toutes ces brides communiquant, nous versons largement de l'eau oxygénée pure et de l'éther iodoformé.

Que faire maintenant de l'autre fistule postérieure ? Nous nous contentons de cureter le canal fistuleux et nous refermons la plaie en laissant deux mèches de gaz iodoformé.

Les jours qui suivirent l'opération la température ne dépassa

jamais 100°. Nous donnâmes une bonne chambre bien éclairée et aérée constamment. Un seul point de suture céda sous une très légère suppuration et surtout par le changement de position de la malade dans le lit. Nous fîmes sous anesthésie locale deux nouveaux points après avivement des bords de la plaie et tout fut réparé avec succès. Le 15 septembre la malade était guérie de sa première fistule et le 15 novembre la maman ramenait chez elle sa jeune fille toute joyeuse d'être complètement guérie. Il s'était écoulé quatre mois et le traitement chirurgical aidé du traitement médical iode et tannin durant les périodes apyrétiques avait fait que la malade de 150 livres qu'elle pesait avant l'opération avait atteint le joli poids de 171 livres.

Evidemment le cas considéré jusque là très rebelle avait bénéficié du traitement chirurgical. Il est vrai que le motif qui nous a guidé vers l'intervention n'a pas correspondu à nos croyances de présence d'un séquestre, mais le débridement de nombreuses brides cicatricielles aboutissant à de petits cloaques remplis de pus prouve certainement qu'ici, dans ce cas, le traitement exclusif du professeur Calot par les injections, ne nous eut certainement pas fourni un moyen aussi rapide de guérir cette malade.

Voilà encore un cas d'intervention largement sanglante pratiqué à la campagne avec pas plus de danger que dans les Hôpitaux des villes. Seulement, il importe bien d'avoir l'aide d'une couple de personnes de sang-froid et de bonne volonté.

8° Comme dernier cas très pratique nous vous présentons Monsieur M. L., cultivateur, âgé de 62 ans, mais en réalité plus vieux et plus usé que pour ses 62 ans. L'individu est porteur d'une hernie, depuis 25 ans.

Jusqu'aujourd'hui sa hernie l'a bien incommodé souvent et quelquefois aussi l'a fait souffrir, puisqu'il nous dit que souvent à l'époque des durs travaux des champs, il s'est vu forcé de se mettre tête en bas et pieds en l'air appuyés sur la clôture pendant quelques minutes pour réussir à faire rentrer sa hernie. Aujourd'hui, notre malade, bronchitique depuis des années, a eu un léger accès de toux vers les neuf heures du matin et sa hernie est sortie et s'est obstinée à ne pas vouloir rentrer. Le malade s'est couché pieds en l'air, insuccès. Il a tenté de la réduire, *impossible*.

Il serait peut-être intéressant de noter que quatre jours auparavant nous avons été appelé pour monsieur souffrant d'obstruction intestinale assez grave !

Nous voyons le malade vers 3 heures de l'après-midi, — après six heures de travail infructueux de sa part. Nous examinons le malade, la douleur est très forte au siège de l'étranglement, le sac de la hernie est tendu et très dur. Une tentative très légère de taxis est empêchée par la douleur locale. Il ne reste plus qu'à penser comme notre malade l'a déjà deviné aux conséquences désastreuses d'une hernie étranglée déjà depuis six heures et maintenant irréductible. Nous proposons sur le champ pour 5 heures et demie l'opération qui est de suite acceptée. Il était trois heures de l'après-midi et nous pensions pouvoir pratiquer l'opération avec la lumière d'une si belle journée ensoleillée du commencement de septembre. Mais l'exécution des dernières volontés du malade "pardevant notaire" retardèrent beaucoup et fût que nous commençâmes l'opération à la tombée du jour.

Nous prévoyions bien l'inconvénient qu'il y aurait pour nous, éclairés par la lumière artificielle, de pratiquer une opération qui n'allait pas manquer d'offrir des difficultés et cela à cause de l'ancienneté de la hernie et adhérences possibles. Qu'importe ? Il fallait passer outre. Un aide fut chargé de tenir une lampe à proximité du champ opératoire. Nous eûmes quelque peu de difficulté à reconnaître le sac de la hernie des éléments avoisinants déjà très congestionnés, mais nous en eûmes davantage à libérer le sac de la hernie très adhérent et très mince sur toute sa paroi postérieure. Le sac déchirait trop facilement et à un certain moment il nous parut presque impossible d'opérer la fermeture du sac après avoir réduit l'intestin étranglé depuis huit heures et qui avait une apparence rougeâtre. Nous parvînmes cependant à opérer la ligature du sac et par suite à faire la cure radicale de la hernie. Notre malade se porta bien jusqu'au cinquième jour alors qu'il fit une pneumonie lobaire gauche avec expectoration typique de crachats rouillés et visqueux. Le malade fut empêché de tousser par la douleur de répercussion dans la plaie, puis l'artério-sclérose existant à un fort degré chez ce malade le cœur ne tarda pas à traduire par une arythmie fort inquiétante et une douleur précordiale a provoqua sa défaillance prochaine. L'huile camphrée et le cognac à haute dose pendant vingt-quatre heures réussirent à merveille à faire disparaître ces symptômes de mauvaise augure, pour la vie de notre opéré. — L'évolution vers la guérison de sa pneumonie ne tarda pas de continuer et au bout d'un mois le malade

pouvait se lever. Il y a de cela six mois et notre opéré jouit d'une santé plus florissante que jamais. Il a pris beaucoup d'embonpoint et se compte heureux de n'être *plus l'esclave du port d'un bandage* herniaire.

Dans le rapport de ces cas d'opérations graves pratiquées par des médecins de la campagne, nous pouvons dire que tous présentent un grand intérêt, surtout pour les médecins de campagne à qui nous voulons être utiles en rapportant la méthode suivie par nous pour de semblables opérations. Il est vrai que nous ne nous sommes pas servis de belles phrases de rhétorique pour rapporter ces faits chirurgicaux à la campagne, mais nous avons tenu à être très exacts d'une façon simple et directe.

Et pour conclure, disons que l'harmonie entre confrères, jointe aux solides connaissances acquises dans les salles de dissection et dans les hôpitaux permettent à tout médecin probe et honnête de réaliser l'idéal qu'il doit avoir en vue dès le début de sa carrière : faire le plus de bien à ses malades par la médecine et par la chirurgie quand l'occasion se présente.

Il est donc permis et très équitable de révéler aux gens les capacités spéciales et la compétence que nos éminents professeurs de Laval et de l'école moderne du XXe siècle, se sont efforcés de nous faire acquérir. Ils auront droit d'en être fiers.

Il est parfois facile de faire accepter l'opération jugée nécessaire, mais souvent en essayant de faire plus pour le bien de nos patients, nous avons aussi plus de chances de travailler à notre propre bien en faisant progresser nos intérêts matériels.

À l'œuvre donc, messieurs les médecins de la campagne, qui vivez groupés dans des centres un peu éloignés des villes. Ne craignez pas de confesser vos capacités en chirurgie, unissez vos efforts et vos talents dans les limites de votre district. Prouvez la somme de vos connaissances et l'étendue de votre éducation scientifique en chirurgie en travaillant de concert à sauver des vies. Vous ne sauriez croire toute la joie intime que vous ressentirez du bien que vous aurez pu faire. Ce sera aussi un moyen de compter au nombre des médecins qui travaillent à l'embellissement de la profession.

Ne craignez pas de suivre les progrès modernes de la chirurgie. Soyez bons médecins, très bien. Soyez bons chirurgiens, encore mieux. N'ayez pas peur de travailler à faire disparaître le vieux dicton général à la campagne : "Le Dr X c'est un bon médecin, mais (c'est de valeur) il n'est pas chirurgien."

Et nous vous disons en terminant qu'il n'est pas permis de douter qu'un beau succès couronnera très souvent vos efforts.

CLINIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

Injections intraveineuses

Dans la pratique hospitalière, nous obtenons souvent avec les injections intraveineuses salines ou médicamenteuses, de véritables résurrections.

Tout dernièrement encore, un cas d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée, opérée d'urgence à la 72^{ème} heure de son attaque, aurait tout probablement succombé sans le secours opportun de multiples injections intraveineuses de sérum médicamenteux.

En trois jours ce jeune homme de 18 ans a reçu 7 litres de sérum introduit, un litre à la fois, dans les veines médianes-céphaliques gauche et droite. L'effet se fit rapidement sentir sur les pouls et releva bientôt le moribond de l'hypothermie (97 degrés) où il était descendu.

Quand d'urgence, il faut par exemple, refaire le volume du sang comme dans un cas d'hémorragie grave ou encore, lorsque dans un cas d'empoisonnement on doit agir vite et faire absorber *instantanément* un contre-poison comme le chloral dans l'empoisonnement par une dose mortelle de strychnine, l'injection intraveineuse est le moyen le plus rapide, le meilleur, le plus sûr.

C'est un procédé d'une inocuité parfaite et sa technique est des plus simples ; mais il ne faudrait cependant pas oublier qu'il exige une *asepsie absolue* et une *grande lenteur* dans l'injection.

Les excellents effets de l'injection intraveineuse sont aujourd'hui reconnus par tous et si en "pratique générale" on ne s'en sert pas "habituellement," c'est que l'on croit cette petite opération difficile et que l'on ne tient pas à ajouter à la trousse indispensable, un *instrument trop compliqué*.

Autrefois, il fallait, pour cette opération, un bistouri, une pince, une sonde cannelée, du catgut, des crins, une canule, un tube et un flacon fermé d'un bouchon à deux tubulures, une pour l'air et l'autre pour l'écoulement du sérum...

Aujourd'hui tout cet arsenal est relégué au second rang, éclipsé qu'il est par la simple aiguille hypodermique accompagnée d'un

bock laveur et de son tube. On n'incise plus, excepté dans les cas rares où la veine refuse de se montrer sous la peau transparente; on trouve plus rationnel d'introduire directement l'aiguille dans une veine du dos de la main, du coude, ou dans la saphène interne un peu en haut de la malléole " sans incision préalable."

Voici comment on procède :

On prépare tout d'abord le sérum. L'eau est filtrée sur du coton puis additionnée d'une cuillerée à dessert de sel fin par litre et bouillie pendant 30 minutes. Le sérum refroidi à température normale est prêt pour l'injection.

Stérilisation des instruments: On s'assure que l'aiguille et le caoutchouc s'adaptent bien ensemble, puis le bock et son tube subissent l'ébullition pendant que l'aiguille hypodermique ordinaire est immergée dans l'alcool à 90 degrés pendant 10 minutes.

Une ligature constrictive est appliquée sur la racine du membre afin de rendre les veines saillantes en arrêtant la circulation veineuse sans nuire à la circulation artérielle. On prépare ensuite le champ opératoire par des frictions avec tampon et alcool à 90 degrés et tout est prêt pour l'injection quand le bock a été *suspendu à un mètre au-dessus* du malade et le tube rempli de sérum.

De la main gauche, on empaume le membre par en-dessous pour tendre la peau qui doit être parfaitement immobilisée. L'aiguille est saisie solidement et introduite juste à côté de la veine dans une direction parallèle à celle-ci qui se voit très bien par transparence. Sitôt la peau traversée, la pointe de l'aiguille est dirigée vers la veine qu'elle doit aborder par le côté. Le sang qui s'échappe de l'extrémité de l'aiguille vient bientôt prouver que la lumière du vaisseau est atteinte et il ne reste qu'à adapter tube et aiguille et à enlever le lien constricteur.

L'injection se fait lentement; on l'interrompt même avant que le bock ne soit complètement vide pour éviter l'introduction de l'air. L'aiguille est retirée, un pansement simple et protecteur est appliqué et tout est dit.

Si au contraire, on veut donner 5 ou 10 ou même 20 grammes d'argent colloïdal, la seringue de verre ordinaire remplace le bock et l'injection est poussée lentement dans la circulation.

Grâce à la simplicité de l'instrumentation et de la technique tous les praticiens peuvent aujourd'hui pratiquer les injections intraveineuses et même les répéter au besoin; car toutes les veines dorsales de la main et les saphènes internes par leur nombre et

souvent par leur volume, facilitent les injections multiples. Enfin comme l'introduction de l'aiguille et du liquide ne causent presque pas de douleur, on ne rencontre absolument aucune résistance de la part du client ou de son entourage.

Les injections massives de sérum s'emploient pour combattre l'hypotension, les infections, les intoxications, le choc traumatique ou opératoire, enfin, les hémorragies et la dépression qui les suit.

Il est à remarquer que le liquide injecté ne séjourne pas longtemps dans l'organisme car l'élimination est parallèle à la pénétration. Dastre et Loye nous ont prouvé qu'il sort autant d'eau par les reins qu'il en pénètre par les veines. C'est simplement un lavage du sang.

N'oublions pas surtout qu'il faut *du sel* car l'eau simple ou distillée dissout l'hémoglobine des globules rouges du sang et tue. L'addition d'un peu de chlorure de sodium rend l'eau inoffensive pour les hématies. L'injection intraveineuse de sérum faible (7 grammes 50 au litre), est dépourvue de toute toxicité si les reins fonctionnent bien (Lejars) et que l'injection ne soit pas faite trop rapidement. Un litre en 30 ou 40 minutes paraît une bonne moyenne; cependant, Bosc et Vedel ont obtenu un succès, bien qu'ils aient injecté un litre en 10 minutes. Lejars a injecté à l'homme 26 litres en 9 jours et 14 litres en 5 jours.

Sachons donc profiter à l'occasion d'une thérapeutique si éminemment active et d'une application si facile.

Alexandre SAINT-PIERRE,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE

DES PLEURESIES

Diagnostic de l'abondance du liquide. (1)

Je réunis dans le tableau suivant les éléments qui nous guideront dans cette appréciation :

(1) Cours théorique, Dr LeSage, d'après Carrière. "Les maladies des voies respiratoires" Vigot Frères à Paris, 1908.

Epanchement de moins d'un litre	Signes fonctionnels	{ Respiration normale ; pas de voussure. Le cœur n'est déplacé que très légèrement dans la position verticale.
	Zone liquidienne	{ Abolition des vibrations vocales. Matité en croissant située dans la gouttière costo-diaphragmatique latérale. Diminution du murmure vésiculaire. Ni souffle, ni égophonie.
	Zone sus-liquidienne	{ Très étendue, part de la 5e côte. S + V + R + sauf congestion ou tuberculose.
Epanchements moyens	Signes fonctionnels	{ Respiration du type mixte. Thorax oblique ovalaire. Déplacement très appréciable du cœur Effacement de l'aire de Traube. Abaissement du foie.
	Zone liquidienne	{ Abolitions des vibrations vocales. Matité remontant à la 4e côte = 1.500 gr. — — — 3e côte = 2.000 — — — — 2e côte = 2.500 — — — — 1re côte = 3 litres. L'encoche paravertébrale va diminuant. Souffle. Egophonie, pectoriloquie aphone, sou.
	Zone sus-liquidienne	{ De plus en plus étroite. S + V + R +.
Grands épanchements	Signes fonctionnels	{ Respiration costale supérieure. Thorax oblique ovalaire très dilaté. Déplacement énorme des organes. La matité déborde les fausses côtes gauches.
	Zone liquidienne	{ Abolition des vibrations vocales. Matité de tout l'hémithorax. Abolition du murmure vésiculaire. Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.
	Zone sus-liquidienne.	{ N'existe pas.

Quelques conditions *modifient les règles générales*. Certaines d'entre elles peuvent faire croire à un épanchement plus considérable qu'il ne l'est en réalité. Les voici.

L'existence de fausses membranes au-dessus de l'épanchement donne lieu à une matité qui se confond avec la matité pleurétique, vous les reconnaîtrez :

- 1° A l'irrégularité et à la diffusion de la ligne de matité ;
- 2° A l'absence de dénivèlement ;
- 3° A la simple diminution des vibrations vocales à ce niveau ;
- 4° A l'absence du signe du sou dans la région correspondante.

L'induration du poumon peut aussi donner le change et ferait croire à un épanchement énorme. Nous la reconnaitrons :

- 1° A l'irrégularité et à la diffusion de la ligne de matité ;
- 2° A l'absence de dénivèlement ;

3° *A l'exagération des vibrations vocales dans la zone sus-liguidienne ;*

4° Dans cette région nous trouverons *la respiration bronchique, un souffle tubaire, de la bronchophonie, des râles.*

L'absence de refoulement du diaphragme chez les femmes enceintes, les sujets atteints de météorisme, d'ascite ou de tumeurs abdominales, peut également induire en erreur. Il suffit d'un peu d'attention pour arriver à la vérité.

Certaines conditions peuvent au contraire faire croire que l'épanchement est moins abondant qu'il ne l'est en réalité. Telles sont les adhérences pleuro-pulmonaires, l'insuffisance de résistance de la coupole diaphragmatique. Il nous faudra essayer de reconnaître ces deux états : ce sera difficile parfois.

NOUVELLES

NOUVELLE CHAIRE A L'UNIVERSITE LAVAL

LA RADIOLOGIE ET L'ELECTROLOGIE

Par le Dr PANNETON, titulaire de la chaire

La création récente à l'Université Laval, d'une chaire de Radiologie et d'Electrologie, réalise un progrès dont les amis de l'institution, voire même ceux qui n'en sont pas, ne manqueront pas de se réjouir.

Depuis quelques années, en effet, grâce aux perfectionnements de technique et d'instrumentation, grâce surtout au travail acharné de quelques chercheurs, la Radiologie et l'Electrologie ont réalisé des progrès vraiment étonnants. Nous ne sommes pas très éloignés de l'époque où, modestement, le bagage instrumental d'agents physiques se réduisait à l'antique bobine faradique, à la batterie de courants continus, à l'appareil statique aux multiples caprices.

A cette époque, la clinique savait et devait se passer de ces auxiliaires plutôt insuffisants sinon infidèles.

Il n'en est plus ainsi. Le diagnostic doit bien s'établir par les moyens habituels et avec les ressources connues de la clinique.

Mais, quel précieux concours, quel contrôle souvent absolu ne vient-il pas s'ajouter aux trouvailles du clinicien par les applications judicieuses autant qu'élégantes de la Fée Electricité.

Dans le seul champ de la médecine, combien de fois le praticien n'est-il pas tout heureux et tout aise de contrôler son jugement, face au tube de Roentgen, l'écran en main ou l'épreuve photographique sous les yeux. Pour préciser davantage, j'en appelle à mes collègues, de la satisfaction qu'ils ont maintes fois éprouvée, en présence d'un beau cliché pulmonaire sur lequel, la tuberculose avait pour ainsi dire, contresigné leur jugement; ou encore, un pyo-pneumo-thorax agitant sous leurs yeux ses ondes révélatrices; ou encore, une hypertrophie cardiaque, une dilatation aortique, une grappe de ganglions trachéo-bronchiques projetant sur l'écran leur ombre affirmative.

Et le thorax n'est pas l'unique bénéficiaire de cette admirable méthode de recherche. L'estomac et tout le tube digestif peuvent être soumis à l'examen le plus sévère et souvent le plus démonstratif. Grâce à la bouillie "bismuthée," les mouvements de la déglutition œsophagienne sont étudiés, les rétrécissements et les spasmes précisés; la tonicité stomacale, la perméabilité du cardia et du pylore, les dilatations de l'estomac, ses néoplasies, l'activité ou la paresse du tube intestinal, tout cela apparaît, en quelque sorte au commandement, sur l'écran ou la plaque radiographique.

Il n'est pas jusqu'aux reins, dont la forme, le volume, le vagabondage, les calculs ne puissent être révélés en confirmation d'un diagnostic clinique parfois simplement indiqué. La rate en ses dilatations, certains calculs biliaires exceptionnels, il est vrai, ceux également de la vessie peuvent devenir justiciables des rayons X.

Du domaine médical, passons à la chirurgie. Cette dernière a été, je crois, et semble encore être la mieux servie.

Les fractures, les dislocations, les affections osseuses ou articulaires de tous genres, les corps étrangers, de toute nature ont reçu, dès l'abord, des radiographes, une attention de privilégiés. C'est à l'étude de ces diverses affections chirurgicales que ceux-ci se sont, en quelque sorte, rués avec un ensemble et une ténacité dont les résultats ont augmenté la pathologie externe d'une foule de détails excessivement précieux.

La radiologie n'a pas toute seule évolué et progressé. L'électro-diagnostic et l'électrothérapeutique ont également bénéficié du

regain et l'entrain des chercheurs. En outre des applications thérapeutiques des rayons X à certaines maladies de la peau, aux néoplasies superficielles et même à certaines formes de néoplasies profondes, la haute fréquence (d'Arsonvalisation, diathermie, etc), ont apporté un soulagement indéniable, voire la guérison aux artério-scléreuse et à certains rhumatisants.

Je ne parle que pour mémoire des belles études en électro-diagnostic inaugurées, il y a déjà bien longtemps par Duchesne de Boulogne et que des perfectionnements d'instrumentation ont permis de réaliser si élégamment.

Bref, en présence de toutes ces réalisations, il est devenu indispensable de faire dans l'enseignement de la médecine, une place convenable à la radiologie et à l'électrologie. Notre Faculté de Médecine de Laval a voulu réaliser la chose dans la mesure de ses moyens.

Elle s'est adressée à l'un de ceux qui par ses travaux préparatoires, ses études spéciales, sous des maîtres incontestés, le soin méticuleux de sa technique, enfin son extrême honnêteté scientifique, présente un maximum de qualités rares. J'ai parlé de ses maîtres. Ils sont de la bonne école française. Ils ont nom Bécère, Guillemot, Belot, Huet, Maingot, Jeangras. Ils font partie de cette phalange universelle que l'immortelle découverte de Roentgen a lancée, Dieu sait avec quelle ardeur, vers la perfection scientifique à laquelle se sont entraînés tant de grands esprits de notre époque.

Le Dr Panneton, leur élève, radiographe et électrothérapeute de l'hôpital Notre-Dame, membre titulaire de la Société de Radiologie et d'Electrologie de Paris, a été chargé par la Faculté de Médecine de Laval de l'enseignement et de la démonstration de cette branche de la science médicale. Tant au point de vue de la fondation de cette chaire que du choix du professeur, on ne peut que féliciter chaudement notre Faculté française de l'excellente initiative qu'elle vient de prendre.

T. PARIZEAU.

Professeur de Pathologie externe.

M. LE DR G. WILFRID DEROME

A sa dernière séance, la Société Médicale de Montréal a appris la nouvelle de la nomination de M. le Dr G. Wilf. Derome comme médecin expert à la Morgue de Montréal, et directeur du laboratoire provincial de recherches médico-légales. Désigné à la confiance du gouvernement, par les suffrages de ses collègues et la recommandation de ses maîtres, M. le Dr G. Wilf. Derome atteint, à un âge peu avancé, un des postes les plus honorables et une des situations les plus responsables qui puisse échoir à un médecin. On peut dire, sans conteste, que nulle faveur ne fut jamais mieux méritée ni établie sur des titres plus solides.

M. le Dr G. Wilf. Derome naquit à Napierville, le 19 avril 1877. Il commença ses études classiques au Collège de Montréal et les termina à celui de Joliette, d'où il sortit avec le titre de bachelier ès arts. Il fit ses études médicales à l'Université Laval de Montréal et acquit en 1902, après quatre années de brillantes études, son diplôme de docteur en médecine avec la mention "*summa cum laude.*" M. le Dr G. Wilf. Derome fut, dans la suite, interne à l'Hôpital Notre-Dame (1902-03); démonstrateur d'histologie à la Faculté de médecine, sous la direction de MM. les Professeurs Marien et Boucher (1903-6-7); directeur du laboratoire de l'Hôpital Notre-Dame (1907). En 1908, M. le Dr G. Wilf. Derome se rendit à Paris et en revint après deux années de travaux dans les laboratoires et à la Morgue, avec le titre de médecin légiste de l'Université de Paris, ayant subi brillamment les épreuves obligatoires du programme de l'Institut de Médecine Légale de l'Université de Paris.

Le 5 octobre 1909, M. le Dr G. Wilf. Derome fut nommé agrégé sur présentation de ses titres et chargé du cours de médecine légale. Le 27 janvier 1910, M. le Dr G. Wilfrid Derome reçut du gouvernement de la Province, sa nomination comme expert adjoint à la Morgue de Montréal.

Depuis, M. le Dr G. Wilf. Derome devint, en novembre 1912, directeur du Laboratoire de l'Institut Bruchési; en décembre 1913, médecin consultant de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu; en 1912-13-14, secrétaire de la Société Médicale de Montréal; enfin, comme couronnement durant le présent mois, expert titulaire à la

Morgue de Montréal et directeur du laboratoire provincial de recherches médico-légales. M. le Dr G. Wilf. Derome est de plus, membre correspondant de la Société de Médecine légale de France.

M. le Dr G. Wilf. Derome a maintenant atteint le point culminant de sa carrière. Nous savons qu'il saura lui donner toute l'ampleur que comporte l'importante situation qu'il occupe.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1 — Janvier 1910. Le fonctionnement des expertises médico-légales en France.

2 — Mars 1910. La loi sur les accidents du travail au Canada et le rôle du médecin.

3 — Mai 1910. La simulation en médecine légale.

4 — Juin 1910. L'alcoolisme en médecine légale.

5 — Août 1910. La mort est-elle le résultat de la submersion?

6 — Octobre 1910. Période médico-légale de la paralysie générale.

7 — Février 1911. Le sang en médecine légale.

8 — Juillet 1911. A propos de la dernière pendaison (Chronique.)

9 — Décembre 1911. Police scientifique et empreintes digitales.

10 — Novembre 1912. Les anormaux psychiques à l'école et le rôle du médecin.

11 — Janvier 1913. Mesure de l'activité rénale : Constante urémique et chlorurémique d'Ambard.

G. VILLENEUVE.

REFERENDUM

Depuis longtemps, je mène, ici et ailleurs, chaque fois que j'en ai l'occasion, le bon combat pour obtenir que le nombre de nos gouverneurs soit réduit à un chiffre convenable.

— Le Collège des Médecins a demandé l'avis de la profession médicale sur ce point par voie d'un referendum.

Par un vote de **300** pour et **200** contre, la profession médicale se range à notre avis : *diminuons le nombre de nos gouverneurs.*

— C'est une belle victoire, et nous en félicitons la profession médicale.

— Ceux qui ne pensent pas comme nous admettront bientôt que cette mesure est sage et que les médecins en retireront eux-mêmes de grands bénéfices au point de vue scientifique et professionnel.

LESAGE.

SOCIETES

SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 3 Mars 1914.

Présidence de M. le Dr A -D. AUBRY.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. le Dr Zéphirin Rhéaume produit devant la Société, un instrument qu'il a extrait de l'utérus chez une femme enceinte, et qui, de l'aveu de la femme elle-même, y avait été introduit dans le but de provoquer l'avortement.

Cet instrument est tout simplement une broche en fer recourbée en crochet à l'une de ses extrémités.

M. Rhéaume explique comment cette broche a pu être introduite assez facilement dans le col et pourquoi elle n'a pu en être retirée: c'est que, sous l'effort de la traction, le crochet avait pénétré à travers la lèvre antérieure du col.

La malade ne présentant aucun symptôme grave, M. Rhéaume s'est contenté d'enlever l'instrument.

M. le Dr Wilfrid Derome demande au rapporteur si cette femme avait déclaré s'être introduit elle-même cet instrument, et il continue en énumérant les conditions qui permettent de contrôler la possibilité ou l'impossibilité de l'introduction d'un instrument quelconque par la femme elle-même.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. le Dr Hingston présente un petit malade souffrant de *myopathie primitive*, maladie caractérisée par une atrophie progressive des muscles et dont il existe différents types, basés surtout sur les groupes de muscles. Les premiers atteints: celui d'Erb, de Leyden-Moebius, de Landouzy, Déjérine, etc.

L'enfant a environ cinq ans, âge où, généralement apparaît l'affection. Il aurait un petit frère chez lequel la maladie commencerait à apparaître: caractère familial sur lequel insistent tous les auteurs.

Les muscles de la ceinture pelvienne et de la ceinture scapulo-humérale semblent bien avoir été, ici, les premiers touchés; c'est dans tous les cas, à ces deux niveaux que les mouvements sont le plus difficiles.

En discussion, M. le Dr Albert Prévost déclare que la myopathie est ici due à une altération primitive de la fibre musculaire elle-même et non, à une affection de la moëlle comme il arrive dans d'autres atrophies. Il croit que le traitement galvanique appliqué dès le début, peut, sans cependant jamais amener la guérison de cette maladie, en retarder beaucoup l'évolution.

M. le Professeur Villeneuve ne partage pas tout à fait les vues optimistes de son jeune collègue sur la valeur des traitements jusqu'ici employés ou préconisés; il déclare n'avoir rencontré que quatre cas seulement de myopathie primitive dans sa déjà longue carrière.

M. le Dr R. Masson a en mémoire trois cas de ce genre, qu'il nous décrit brièvement et qu'il a observés à l'Hôpital Ste-Justine dans le cours de l'année dernière. Il espère pouvoir les retracer et promet de les présenter, quelque jour, à la Société.

LECTURE DE TRAVAUX

M. Stephen Langevin.

(Ce travail sera publié bientôt.)

Extrait hypophysaire (pituitrin) en obstétrique.

AVIS DE MOTIONS — MOTIONS

Création d'un laboratoire de médecine légale à la Morgue de Montréal.

M. le professeur Villeneuve :

Je suis chargé de vous faire une communication; comme il est question de notre digne secrétaire, M. le docteur Derome en est empêché par la modestie de vrai savant qui le caractérise.

Je désire vous apprendre que Sir Lomer Gouin, premier ministre et procureur-général a décidé la création d'un laboratoire de médecine légale à la Morgue de Montréal. Or, ces jours derniers, M. le docteur Derome a reçu de Sir Lomer Gouin lui-même, l'assurance de sa nomination comme directeur de ce laboratoire et comme remplaçant, à titre de médecin expert, du regretté Dr Dugas.

Nous devons nous réjouir de cet heureux événement à plusieurs points de vue. Premièrement, le désir de la profession médicale canadienne-française, exprimé par la voix de son organe le plus

autorisé, c'est-à-dire, la Société Médicale de Montréal, a été exaucé. Deuxièmement, cette nomination est allée au mérite; on s'est occupé uniquement du caractère et des titres scientifiques du récipiendaire; ce qui est un précieux encouragement, le science est définitivement établie à la Morgue.

Il n'y a pas longtemps que la science est entrée à la Morgue. Elle s'y est introduite il y a quelque vingt ans avec monsieur le docteur Wyatt Johnston. C'était un savant distingué, rompu à toutes les méthodes de laboratoire et un esprit ingénieux prompt à saisir et à appliquer toutes les nouvelles méthodes. Je fus nommé son adjoint et ensemble, nous avons fait plusieurs travaux originaux que nous avons publiés. Lorsque j'ai été nommé surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu, j'ai compris que les obligations cliniques d'un service aussi vaste ne me permettraient plus de donner aux travaux de laboratoire un temps suffisant et j'ai demandé à être remplacé. Monsieur le docteur Dugas a été nommé. Mon successeur appartenait à la vieille école et ne s'était pas familiarisé avec la micrographie; mais il acquit très vite un sens médico-légal très avisé qui le guida sûrement dans ses expertises. C'était un homme intègre, consciencieux et qui eut toujours pour ses collègues la plus grande considération. Je désire rendre ce témoignage à sa mémoire. Pour M. le docteur Derome, son passé est plein de promesses pour l'avenir; l'orientation scientifique de la Morgue se trouve donc assurée. Désigné par les suffrages de ses collègues et la recommandation de ses maîtres, M. le docteur Derome est au début d'une belle carrière; nous lui souhaitons bonne chance et succès.

Il nous reste un devoir, celui d'adresser nos remerciements à Sir Lomer Gouin et à ses honorables collègues du Conseil Exécutif pour cet heureux événement; les paroles sympathiques prononcées par l'honorable Jérémie Décarie à notre dernier banquet annuel nous en avait fait entrevoir la réalisation. Sir Lomer Gouin a déjà fait beaucoup pour le corps médical, en créant les postes d'inspecteurs sanitaires régionaux. Nous sommes persuadés que Sir Lomer ne s'arrêtera pas en si bonne voie et que nous pouvons nous attendre à d'autres preuves de sa sollicitude pour notre profession. J'ai donc l'honneur de proposer, appuyé par monsieur le docteur Jean Décarie, la motion suivante:

Résolu, que la Société médicale a appris avec satisfaction la nouvelle de la création d'un laboratoire de médecine légale à la Morgue de Montréal et la nomination de monsieur le docteur G. Wilfrid Derome comme chef de ce laboratoire.

Résolu que des remerciements soient offerts à Sir Lomer Gouin et à ses honorables collègues du Conseil Exécutif.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

Séance du 17 Mars 1914.

Présidence de M. le Dr A.-D. AUBRY.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. le Dr J. P. Décarie présente à la Société un petit malade âgé de quelques mois et porteur d'une affection cutanée qu'il hésite à classer parmi les groupes nosologiques connus.

La face, les avant-bras et les mains, les jambes, présentent un assez grand nombre de grosses papules dont quelques-unes végétantes. Si on les ouvre, on trouve, dit M. Décarie, qu'elles sont constituées par un certain nombre de logettes contenant les unes du pus, les autres, un liquide épais mais clair. Elles guérissent en laissant une légère cicatrice comme ferait la variole.

L'éruption apparaît après deux ou trois jours d'une fièvre assez élevée, ce qui semble bien indiquer le caractère infectieux de la maladie.

Mais celle-ci ne paraît pas être contagieuse parce que cet enfant vit au contact de sept ou huit de ses jeunes frères et sœurs qui sont bien portants.

Le père et la mère sont sains ; aucune histoire d'avortement chez celle-ci, non plus que de spécificité.

Quant au traitement, la pommade au calomel aurait parfaitement réussi dans les quatre cas que le rapporteur a eu l'occasion d'observer.

En *discussion*, M. le Dr Gustave Archambault paraît hésiter entre le rupia syphilitique et le pemphigus et conseille au rapporteur de faire faire une réaction de Wassermann.

M. le Dr Alphonse Mercier élimine pour sa part le rupia syphilitique qui est, dit-il, une manifestation tertiaire d'une syphilis très maligne et opine en faveur du pemphigus.

LECTURE DE TRAVAUX

M. J. E. LeSage. *L'Hygiène dans l'éducation.* (Voir plus haut.)

Le secrétaire,

G. Wilfrid DEROME.

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 7 mars 1914 de *Paris Médical*, publié par le professeur Gilbert à la librairie J.-B. Baillièrre et fils, 19, rue Haute-feuille, à Paris, est entièrement consacré à la **Dermatologie**.

Voici le sommaire :

La Dermatologie en 1914, par les Drs Milian et Burnier. — Nouvelle cure de la gale, par le Dr Ehlers. — Etiologie et prophylaxie de la lèpre, par le Dr Marchoux. — L'impétigo et son traitement, par le Dr Bodin. — Traitement du chancre mou, par le Dr Louis Jullien. — *Sociétés savantes*. — L'enseignement d'Alibert, par le Dr Brodier. — La syphilis de Benvenuto Cellini, par le prof. A. Gilbert. — J Socrate hérédo-syphilitique, par le Dr Milian. — La chasse aux ribaudes, par le Dr Roshem. — *Diététique et Formules thérapeutiques*. — *Revue de la Presse française et étrangère*. — *Revue des Revues mensuelles*. — *Revue des Sociétés de province*. — *Revue des Sociétés mensuelles*. — *Curiosités*. — *Nouvelles*. — *La vie médicale*. — *Cours*. — *Thèses*.

Envoi franco de ce numéro de 128 pages in-4 avec figures contre 1 franc en timbres-poste de tous pays, adressés à la librairie Baillièrre et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

L'hystérie et son traitement, par le Docteur Paul SOLLIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine. *Deuxième édition, revue*. 1 volume in-16 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Librairie Félix Alcan.)

Cet ouvrage est le complément clinique et thérapeutique des recherches théoriques et expérimentales de l'auteur publiées antérieurement sous le titre: *Genèse et Nature de l'Hystérie*.

La théorie nouvelle qui en est l'aboutissant, dite "Théorie physiologique," entraînait comme conséquence pratique une thérapeutique nouvelle.

C'est cette thérapeutique qui confirme elle-même la théorie par les résultats qu'elle permet d'obtenir dans les cas où toutes les autres méthodes ont échoué, qui fait l'objet de cet ouvrage. Mais comme ce traitement est basé sur la pathogénie de l'hystérie, l'auteur a commencé par exposer celle-ci, non seulement en proposant sa conception, mais en faisant un examen critique des principales théories en cours sur la nature de l'hystérie.

Toute cette partie a été complètement remaniée et mise au point dans cette seconde édition, et l'auteur a précisé encore davantage les indications générales et spéciales du traitement des hystériques.

Les praticiens trouveront donc dans ce véritable manuel de l'hystérie, à côté des éclaircissements théoriques nécessaires à la compréhension de ce traitement, la réponse à toutes les questions pratiques que la clinique peut soulever, et que l'expérience consommée et déjà vieille de l'auteur lui permet de résoudre avec une compétence et une autorité spéciales.

Formulaire de thérapeutique clinique, par le Dr L. PRON, *Membre de la Société de Thérapeutique*, avec la collaboration du Dr A. CANTONNET, *Ophthalmologiste des Hôpitaux de Paris*. Deuxième édition refondue et augmentée: 1 vol. in-16, 544 pages, reliure toile souple, tête dorée (1914); librairie Maloine, Paris. Prix: 6 francs.

La plupart des formulaires destinés aux médecins conviennent tout aussi bien, et même mieux, aux pharmaciens. Ils sont, en effet, des recueils de formules dérivées d'un médicament donné, et ils n'ont trait qu'accessoirement à la thérapeutique.

Or, c'est précisément de l'inverse qu'a besoin le praticien. Celui-ci a affaire aux malades, et, devant une affection diagnostiquée, il demande à avoir un *exposé net et complet des divers moyens à mettre en œuvre*. Ce n'est qu'à titre secondaire qu'il désire quelques détails de pharmacologie.

Le formulaire du Dr Pron répond entièrement à ce but.

Les deux tiers de l'ouvrage sont constitués par des consultations, qui embrassent toute la pathologie médicale et qui contiennent *un millier de formules*. A signaler surtout la partie oculistique, traitée de haute main, par le Dr Cantonnet, Ophthalmologiste des Hôpitaux de Paris.

La fin est occupée par la pharmacologie, qui ne figurait pas dans la première édition. Toutes les propriétés des médicaments, leur posologie, leurs indications et contre-indications sont nettement exposées. On trouvera là des renseignements sur les médications les plus nouvelles, telles que les *intraits*, *l'émétine*, *le fer colloïdal*, *la poudre d'aconitine*, *la poudre de strophanthine*, *le néosalvarsan*, etc.

Avec les chapitres consacrés aux *régimes alimentaires*, aux *analyses diverses*: urine, matières fécales, suc gastrique — aux *em-*

poisonnements, aux eaux minérales, aux stations climatiques et à la vaccinothérapie, cette deuxième édition constitue un manuel complet de thérapeutique clinique, qui sera vivement apprécié par les praticiens.

SUPPLEMENT

A vendre.

Une belle petite pharmacie, dans une très bonne localité, où il y a un vaste champ pour une clientèle, dans la banlieue de Montréal. Il pourrait en même temps pratiquer et faire de la pharmacie, ce qui est très agréable. Sur demande je fournirai plus d'informations.

T. VALIQUETTE,
Adm. de l'Union Médicale du Canada.

CONGRES DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE THALASSO-THERAPIE

Réunion de Cannes — 14-20 avril 1914.

Questions à l'ordre du jour.

Trois questions ne seront pas l'objet de rapports, ce sont :

I. Les Myopathies. — II. Les Ptoses. — III. Rôles des divers agents physiques et plus particulièrement du mouvement dans les Psychasténies.

Trois autres questions donneront lieu aux rapports suivants :
1° *Les agents physiques dans la Goutte.* 2° *Les agents physiques dans les Ankyloses.* 3° *Les agents physiques dans le Lupus vulgaire.* 4° Une Conférence sur "*Les conceptions modernes de l'anatomie pathologique et de l'électrophysiologie des myopathies*" sera faite durant le Congrès par M. le Docteur Bourguignon, chef-adjoint du Laboratoire d'Electrothérapie de la Salpêtrière.

Parmi les membres actifs du bureau du Comité d'organisation, nous signalons le nom du Dr L. Gagnier, de la rue St-Denis, à Montréal.

LE SUCCES DU MEDECIN

J'ai mis ma confiance dans les produits de "Cie Abbott Alcoïdal," parce qu'ils ne m'ont jamais trompé. J'ai prescrit une grande quantité de H - M - C, No 1 Utérine et Sédativ et Nervine Anticonstipation (Abbott), Buckley's Uterine Tonic Vaginal Antiseptic and Vaginal Suppositories, de fait je prescriv exclusivement ces produits. Ces remèdes font le succès du praticien s'il en a les nécessités requises.

"Savoir comment?" "savoir quand?" "savoir pourquoi."

A. D. HILTON, M. D.

AVIS (1)

CONSEIL MEDICAL DU CANADA

Les prochains examens auront lieu probablement au mois d'octobre. La date en sera fixée à la prochaine réunion du Conseil le 16 de juin, à Ottawa.

On peut obtenir tous les renseignements à ce sujet en s'adressant au Dr R. W. Powell, 180, rue Cooper, Ottawa.

PHARMACOLOGIE

Pour calmer cette toux:

Teinture d'aconit.....	c gouttes
Eau de laurier-cerise.....	50 grammes
Sirop de Tolu.....	300 —

Puis, au bout de quelques jours, on aura recours aux expectorants, benzoate de soude, chlorhydrate d'ammoniaque.

(1) Nous conseillons à nos jeunes étudiants ou confrères d'exiger des "formules" en français ainsi que tous les renseignements dont ils auront besoin, c'est leur droit et leur devoir.

La Rédaction.
