

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1873.

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBÉ,

MM. L. de L. HARWOOD,
H. HERVIEUX,

MM. A. Le SAGE,
A. MARIEN.

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

Vol. XXXIX

1er FEVRIER 1910

No 2

INTERETS PROFESSIONNELS

LE BILL RODDICK AMENDÉ

(PROJET)

Dans le dernier numéro de *L'Union Médicale*, j'ai publié intégralement le projet original du Bill Roddick, en attirant l'attention de nos lecteurs sur certains paragraphes tendancieux qui étaient inacceptables pour nous, de la province de Québec.

D'autre part, j'informais les médecins que je pr'lierais en entier le nouveau texte du bill tel qu'amendé par nos gouverneurs dans leur réunion spéciale du 22 décembre dernier.

Grâce à l'obligeance de mon ami, le Dr Gauvreau, notre dévoué registraire, je donne la primeur de ce nouveau document. Je signale exclusivement les articles amendés.

D'abord l'article 3, paragraphes *b* et *c* (voir plus loin), définit clairement les pouvoirs respectifs des bureaux provinciaux et fédéraux. Les premiers ont seuls le droit de contrôle sur l'étudiant au point de vue du brevet et du programme des études médicales. Les seconds ne s'occupent que du médecin licencié.

Notre autonomie est donc garantie contre tout empiètement de ce côté.

Je publie, au bas de la page, le paragraphe original afin que le lecteur puisse apprécier au mérite l'importance des amendements. Je considère que ce paragraphe, dans le premier projet, était le

plus tendancieux de tout le Bill. Il permettait au Bureau fédéral de s'immiscer dans nos programmes d'études classiques et universitaires et de bouleverser au besoin les assises de notre enseignement secondaire. Il savait, à la base même, l'édifice de notre Faculté de Médecine, à Laval. Je l'ai déjà dit et écrit ailleurs ; je le répète. L'amendement a remis les choses au point, en consacrant le *statu quo*, c'est-à-dire en nous laissant les maîtres chez nous.

L'article 7, paragraphe (a) donne au gouverneur en conseil le droit de nommer un à trois membres.

Pourquoi cette intervention politique dans la constitution d'un conseil médical?... Quelle est la compétence du gouverneur en conseil pour faire une telle nomination. Qui lui désignera le candidat de choix?... Il y a, là, une explication qui manque. Ce pouvoir discrétionnaire serait désastreux dans les milieux où seules les couleurs politiques donneraient du relief, une prétendue valeur même, à un candidat qui voudrait s'en prévaloir, avant tout.

Je suggérerais plutôt, que le gouverneur en conseil fasse un choix parmi deux ou trois membres recommandés à telle charge par le collège des médecins de chaque province. C'est ce que nous avons proposé dans notre projet de 1903. Avis aux parrains.

Il en est ainsi de l'article 10, où le ministre de l'agriculture — ô ironie ! — fixe la date de la première assemblée.

Que vient faire le gouvernement dans cette question absolument hors de sa compétence ? Veut-on lui faire la cour en vue d'une contribution annuelle ? Qu'en dites-vous, Messieurs les gouverneurs ? De grâce éloignez de nous la politique et les politiciens !...

L'article 11, paragraphe g, découle nécessairement de l'article 3, paragraphe c. Puisque seuls, les médecins licenciés seront admis à passer des examens, on a décrété que les épreuves ne porteront que "sur les matières finales seulement". C'est logique. Encore un verrou sur le *statu quo*.

L'article 18, paragraphe 2, me paraît exagéré, je suggérerais cinq ans au lieu de 10 ans. D'ailleurs le bill original fixait à six ans la date du certificat. Pourquoi ce changement ?

N'est-il pas urgent de procurer aux jeunes praticiens l'occasion qu'ils recherchent depuis longtemps ?

Au bout de dix ans un praticien ne se déplace plus. Or il importe de décongestionner les vieilles provinces.

Pourquoi cette restriction ?

Il y en a tant qui végètent en attendant les jours prospères, dans un pays plus neuf, plus riche où les médecins sont plus clair-semés.

L'article 24 est puéril, dans mon humble opinion. C'est un trompe l'œil. Lorsque nous aurons adhéré à ce pacte fédéral, nous n'en sortirons plus parce que nous ne le pourrons pas, car la position de "bande à part" fait toujours mauvais effet dans une agglomération d'hommes. Sans doute nous pourrons passer des résolutions à cet effet dans nos collèges respectifs, mais quelles en seront les conséquences ?... Nous serons complètement isolés et notre avenir sera plus compromis que jamais. Nous évoluerons dans un cercle d'acier d'autant plus étroit que nous aurons joui davantage de cette émancipation tant désirée et si bienfaisante. Avant d'entrer sur ce terrain, sachons ce que nous voulons, où nous allons, et, en bons soldats, prenons les moyens de protéger et de défendre nos positions plutôt que de préparer notre fuite avant même d'engager la bataille.

C'est dans ce but que l'article 25 a été suggéré et ajouté aux précédents. Il nous permet de suivre avec attention les développements et les tentatives de cette nouvelle organisation et, au besoin, d'en restreindre les pouvoirs si nous nous sentions menacés de quelque façon. En un mot cet article nous permet de défendre nos positions.

En résumé, cette loi telle qu'amendée autorise la création d'un Conseil médical fédéral qui n'aura pas le droit de se constituer en Université enseignante.

Jamais il ne pourra posséder de biens pour plus de \$25.000,00. Seuls les médecins licenciés dans leurs provinces respectives seront autorisés de se présenter pour y subir des examens qui porteront sur les matières finales exclusivement.

Nous pourrions nous retirer de ce Conseil si nous le voulons ?

Enfin aucun amendement ne sera introduit à la présente loi à moins que nous y consentions.

Les autres clauses se rapportent à des questions de régie interne ou de déontologie sans importance pour nous.

Ainsi amendé, ce bill me paraît donc acceptable dans sa forme actuelle, en tenant compte, cependant, des suggestions que je viens de faire.

D'ailleurs, mon opinion n'a pas changé depuis 1903, à ce sujet. Mais je suis heureux de constater que mes amis, de Québec, après m'avoir combattu avec acharnement, acceptent aujourd'hui mes vues et celles de mes collègues sur cette question. (1)

Il est malheureux que nous ayons perdu sept longues années avant de s'entendre. A cette époque, en effet, j'avais été nommé rapporteur, à propos de ce bill, au nom d'un comité de sept membres de la Société Médicale de Montréal :

MM. E. P. Lachapelle, Hervieux, Boulet, Harwood, Dubé, Décarie et moi-même.

Voici les conclusions que je formulais en leur nom :

“ 1° Le *Bill Roddick original* est-il acceptable? — Non.

“ Le fait que ce bureau fédéral peut, à un moment donné, se substituer aux institutions enseignantes, universitaires ou autres, en matière d'enseignement provincial, atteint le principe de l'autonomie auquel nous croyons devoir adhérer sans réserve ”. (2)

“ 2° Le *Bill Roddick tel qu'amendé* est-il acceptable ?

“ Nous soumettons que *oui*. ”

Voici quelle est la clause principale que nous avons insérée :

“ Seuls seront admis à se présenter, pour y subir les examens, les médecins licenciés dans l'une des provinces du Dominion, ou diplômés dans une Université étrangère dûment reconnue par les lois de leurs pays respectifs.”

Comme on le voit, c'est le paragraphe *c* de l'article 3 du bill actuel :

“ En décrétant, disais-je, que, “seuls, les médecins licenciés”, dans l'une des provinces, auront le droit de se présenter devant le bureau fédéral pour y subir les examens requis en vue de la licence, le rapport prétend ainsi arriver à conserver aux Universités les privilèges dont elles jouissent actuellement et dont elles auraient été privées si tout étudiant eut pu se dispenser des épreuves qu'elle leur impose en faveur d'un examen fédéral, et si on eut eu le droit de faire des programmes d'études

(1) Voir, sur cette question, *L'Union Médicale*, numéros de Mars, Avril et Mai 1903.

(2) Voir *Union Médicale*, Mars 1903, p. 180.

exigibles de toute corporation enseignante. Nous continuons ainsi aux Collèges des médecins respectifs, le pouvoir qu'ils ont, d'accorder des licences provinciales aux étudiants dûment qualifiés; enfin, nous ferons la porte aux abus et aux injustices en excluant tout médecin qui ne sera pas, au préalable, qualifié comme étudiant sous les lois provinciales.

"Nous conservons, ainsi, intacts les privilèges acquis dans notre province en particulier; enseignement secondaire et enseignement supérieur, et nous bénéficions des très-grands avantages qui sont attachés à la licence interprovinciale, que nous avons essayé de mettre en évidence."

Voilà quelles étaient nos conclusions en 1903. Ne sont-elles pas équivalentes ou même identiques à celles du présent bill amendé en décembre dernier par nos gouverneurs?

Si nos amis, de Québec, avaient voulu discuter amicalement, en ce temps-là, le mérite de nos amendements, qui eussent pu être plus précis encore, avec leur concours, la question serait aujourd'hui réglée.

J'imagine que nous avons jeté de la bonne semence. J'ai été, pour ma part, absolument surpris de ce changement à vue, et je les en félicite sans demander de plus amples explications.

Dans les questions d'intérêt public, il faut savoir se débarrasser de toute idée préconçue par trop "mouillée" de sentiments, ces prismes de la pensée qui grossissent démesurément certains faits que la raison seule peut apprécier d'une façon équitable pour tous, sans heurt et sans regrets.

ALBERT LESAGE.

BILL RODDICK

amendé selon les vues du Bureau Provincial de Médecine de Québec

22 décembre 1909

TITRE ABRÉGÉ

1. La présente loi peut être citée sous le titre: Loi médicale du Canada.

INTERPRÉTATION

2. En la présente loi, à moins que le contexte n'exige une interprétation différente, —

- (a) "médecine" est censée comprendre la chirurgie et l'art obstétrique, mais non la chirurgie vétérinaire, et l'expression "médical" est censée comprendre "chirurgical" et "obstétrique";

- (b) " conseil médical provincial " comprend bureau médical provincial et Collège des Médecins et Chirurgiens ;
 - (c) " école de médecine " comprend toute institution où s'enseigne la médecine ; telle institution devant être reconnue par le Bureau Médical Provincial ;
 - (d) " étudiants " s'entend seulement des personnes admises à l'étude de la médecine en vertu des lois provinciales ;
 - (e) " conseil " signifie le Conseil Médical du Canada constitué sous l'autorité de la présente loi ;
 - (f) il n'est pas donné d'effet rétroactif à aucune disposition.
3. (a) La présente loi ne peut s'interpréter de façon à autoriser la création d'écoles de médecine, ou à donner à quelque titre un enseignement médical.

- (b) Les règlements pour établir et fixer les qualités et connaissances exigées par l'inscription, y compris les cours d'études à suivre, par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription, seront sous le contrôle des lois provinciales.
- (c) Tout candidat à l'examen fédéral devra être porteur d'une licence provinciale. (1)

CONSTITUTION DU CONSEIL

4. Les personnes qui sont de temps à autre nommées ou élues, ou qui deviennent d'autre manière membres du Conseil Médical du Canada, en vertu des dispositions de la présente loi, sont constituées en corporation, sous le nom de " Conseil Médical du Canada ".

5. Le but du conseil est, —

- (a) d'établir un degré d'aptitudes et de connaissances en médecine qui permette à ceux qui l'atteignent d'être admis et autorisés à exercer dans toutes les provinces du Canada ;
- (b) d'établir un registre des praticiens en médecine canadiens, et de faire la publication et la révision de ce registre ;
- (c) de créer et de maintenir un bureau d'examineurs pour l'examen et l'octroi de certificats de capacité ;
- (d) de travailler à élever la profession médicale du Canada à un niveau tel qu'elle puisse être reconnue dans le Royaume-Uni, et que les praticiens canadiens puissent acquérir le droit de s'y faire inscrire en vertu des lois du parlement impérial désignées sous le titre de MEDICAL ACTS ;

(1) *Paragraphe original* : D'établir et fixer les qualités et connaissances exigées pour l'inscription, y compris les cours d'études à suivre, par les étudiants, les examens à subir, et en général les conditions requises pour l'inscription.

- (e) l'obtention, avec la coopération et à la demande des différents conseils médicaux des diverses provinces du Canada, des mesures législatives nécessaires pour la mise à exécution des dispositions de la présente loi, et pour atteindre les objets ci-dessus énumérés.

6. Le conseil peut acquérir et garder tous immeubles qui lui sont nécessaires et utiles pour atteindre ses fins ou en tirer un revenu applicable à cet objet, et il peut les vendre, les louer, ou autrement en disposer ; mais la valeur annuelle des immeubles possédés et gardés par le conseil pour des fins de revenu ne doit jamais dépasser la somme de vingt-cinq mille dollars.

7. Le conseil est composé, —

- (a) d'un à trois membres nommés par le gouverneur en conseil ;
- (b) de membres représentant chaque province, dont le nombre est fixé suivant le nombre des praticiens enregistrés en vertu des lois de la province, dans les proportions suivantes : —

Pour 1500, ou pour toute fraction de ce nombre — Deux.
Plus de 1500 — Un supplémentaire.

Les membres électifs représentant chaque province sont élus selon les lois du conseil médical provincial.

Dans aucun cas une province ne pourra être représentée par plus de trois membres ;

- (c) d'un membre de chaque université ou de tout collège ou école de médecine constituée en corporation au Canada, ayant quelque arrangement avec une université l'autorisant à conférer des degrés à ses élèves, engagés dans l'enseignement actif de la médecine, lequel est élu par cette université, par ce collège ou par cette école, conformément aux règlements applicables ;
- (d) de deux membres qui sont nommés par le gouverneur en conseil ou élus par ceux des praticiens du Canada qui sont maintenant reconnus, par la loi de la province où ils exercent, comme formant une école particulière et distincte de la pratique de la médecine, et qui, en cette qualité, ont droit, en vertu de la dite loi, d'exercer dans la province. Les deux membres ne pourront pas être résidants de la même province.

2. Personne ne peut être membre du conseil, à moins qu'il ne, —

- (a) réside dans la province pour laquelle il est nommé ou élu ;

- (b) soit inscrit comme membre de la profession médicale en conformité de la loi de la province qu'il représente ;
- (c) soit inscrit comme médecin exerçant dans le registre établi en vertu des dispositions de la présente loi ; mais cette qualité n'est requise d'aucun des membres qui composait le conseil à son origine.

3. Aucune province ne peut être représentée au conseil par des membres, soit nommés soit élus, avant que la Législature de la province n'ait statué que l'inscription par le conseil est acceptée comme l'équivalent d'une inscription aux mêmes fins en vertu des lois de la province ; et quand toutes les provinces auront légiféré à cet effet, il peut être loisible de nommer et d'élire de la manière susdite les membres du conseil.

8. La durée de charge des membres est de quatre ans.

II. Tout membre peut, en tout temps, donner sa démission, par avis écrit, adressé au président ou au secrétaire du conseil. Si cette démission est acceptée, le conseil la signifie par écrit, si c'est un membre nommé, au Secrétaire d'Etat du Canada, et si c'est un membre élu, au secrétaire du conseil médical de la province ou à toute université, à tout collège ou école de médecine constituée en corporation, ou au président ou au secrétaire de toute école reconnue et distincte d'exercice de la médecine représentée, que ce nombre représente.

3. Toute personne qui est ou a été membre, si elle possède les qualités requises, peut être nommée de nouveau ou être réélue ; mais personne ne peut cumuler les fonctions des deux membres.

4. Dans le cas de membres du conseil dont la durée de charge touche à sa fin, leurs successeurs peuvent être nommés ou élus en tout temps dans les trois mois qui précèdent l'expiration de leurs fonctions ; néanmoins, lorsqu'il se produit quelque vacance parmi les membres du conseil, soit par expiration de la durée de charge, soit pour toute autre cause, cette vacance peut être remplie en tout temps.

5. Si l'autorité compétente à élire un membre néglige de le faire, ou manque d'élire un membre possédant les qualités requises, ou de transmettre le nom du membre élu au secrétaire du conseil dans un délai raisonnable après que cette élection aurait pu avoir lieu, alors, après avis donné par le conseil invitant le conseil médical provincial, ou le collège ou l'école constitué en corporation, ou l'université, ou l'école reconnue et distincte d'exercice de la médecine, à faire cette élection et son rapport au conseil sous

un mois de la date de la signification de cet avis, le conseil peut, si le manquement se continue, faire cette élection lui-même.

6. Un membre nommé ou élu pour remplir une vacance causée par le décès ou par la démission du titulaire, a les mêmes attributions que celui qu'il remplace, et occupe la charge pendant le temps qu'il lui resterait à la remplir.

7. Tout membre nommé ou élu reste en charge jusqu'à ce que son successeur soit nommé ou élu, ou jusqu'à l'expiration de son terme d'exercice, si son successeur est nommé avant l'expiration de ce terme.

MEMBRES DU CONSEIL

9. Le conseil peut, au besoin, —

- (a) élire dans son sein un président, un vice-président et un comité de régie ;
- (b) nommer un registraire, qui peut aussi, si la chose est jugée à propos, agir comme secrétaire et comme trésorier ;
- (c) nommer ou engager tous autres officiers et employés qu'il juge nécessaires pour les fins de la présente loi et pour sa mise à exécution ;
- (d) exiger et recevoir du registraire, ou de tout autre fonctionnaire ou employé, pour la bonne exécution de ses devoirs, tel cautionnement que le conseil juge nécessaire ;
- (e) fixer l'indemnité ou la rémunération à être payés au président, au vice-président, et aux membres, fonctionnaires et employés du conseil.

10. Le conseil tient sa première assemblée en la cité d'Ottawa, à la date et à l'endroit que fixe le ministre de l'Agriculture ; et ensuite, les assemblées annuelles du conseil ont lieu aux époques et aux endroits que fixe le conseil au besoin.

2. Jusqu'à ce qu'il y soit autrement pourvu par ordre ou par règlement du conseil, onze de ses membres forment quorum, et tous les actes du conseil sont décidés par la majorité des membres présents.

11. Le conseil peut établir des règlements, non contraires à la loi, relativement à toutes ou à quelque'une des fins qui ont pour

objet ce que le conseil a pour but pour sa formation de faire ou d'effectuer, y compris mais sans restreindre la généralité de ses pouvoirs, —

- (a) la direction, la conduite et l'administration du conseil et de ses biens ;
- (b) la convocation et la tenue des assemblées du conseil, les dates et localités où doivent avoir lieu ces assemblées, les délibérations et l'expédition des affaires ;
- (c) les pouvoirs et devoirs du président et du vice-président, et le choix de leurs remplaçants, s'ils ne peuvent agir à certains moments pour quelque cause que ce soit ;
- (d) la durée de charge des officiers, et les pouvoirs et devoirs du registraire et des autres officiers et employés ;
- (e) l'élection et la nomination d'un comité de régie et d'autres comités pour des fins générales et spéciales ; la convocation et la tenue de leurs réunions, et la procédure à suivre pour l'expédition de leurs affaires ;
- (f) en général, toutes contributions à imposer, à payer ou à recevoir en vertu de la présente loi ;
- (g) l'établissement, le maintien et la tenue d'examens pour s'assurer si le candidat possède ces qualités *sur les matières finales seulement*, le nombre, les époques et le mode de ces examens ; la nomination des examinateurs ; et en général tout ce qui se rattache à ces examens ou est nécessaire ou opportun pour en atteindre le but ;
- (h) la reconnaissance des diplômes de toute corporation ou autorité britannique, coloniale ou étrangère, autorisée à en décerner ; l'élaboration et la mise à exécution de tout projet de réciprocité au sujet de l'inscription des praticiens avec toute corporation ou autorité médicale britannique, coloniale ou étrangère ; les termes et conditions auxquels, et les circonstances à la suite desquelles les praticiens ont le droit de se faire inscrire aux termes de la présente loi, lorsque ces praticiens sont dûment inscrits ou diplômés sous l'empire des lois du Royaume-Uni, ou de celles de toute possession britannique autre que le Canada, ou des lois de tout pays étranger, si cette possession britannique ou ce pays étranger accorde des avantages réciproques au Canada ;

- (i) l'immatriculation et l'enregistrement de toutes personnes qui ont droit, en vertu de la présente loi, de figurer sur le registre des praticiens en médecine canadiens ;
- (j) en général, toute chose au sujet de laquelle il devient nécessaire ou opportun de pourvoir ou de régler pour atteindre le but de la présente loi suivant son intention générale.

2. Aucun règlement promulgué en vertu du présent article n'a force exécutoire avant d'avoir été approuvé par le gouverneur en conseil.

12. Nonobstant toutes les dispositions de l'article qui précède, et tout pouvoir par le dit article conféré, —

- (a) le programme des examens ne doit jamais être inférieur aux meilleurs programmes alors établis dans le but de constater les capacités des candidats à l'inscription dans l'une quelconque des provinces ;
- (b) la possession du seul degré d'une université canadienne ou d'un certificat d'inscription provinciale fondée sur cette possession, obtenu postérieurement à la date à laquelle le conseil est pour la première fois dûment constitué aux termes de la présente loi, ne donne pas à celui qui en est porteur le droit d'être inscrit aux termes de la présente loi.

13. Un exemplaire de tout règlement, certifié conforme par le registraire ou par le secrétaire sous son seing et sous le sceau du conseil, fait foi devant toute cour de justice, sans autre preuve que la protection de cet exemplaire paraissant ainsi certifié.

14. Le conseil établit des règlements à l'effet d'assurer aux praticiens, qui, en vertu des lois de quelque province, sont maintenant reconnus comme formant une école particulière dans l'exercice de la médecine, et à tous les impétrants à l'inscription qui désirent être praticiens de cette école, des droits et privilèges non inférieurs à ceux qu'ils possèdent actuellement en vertu des lois de toute province et des règlements de tout conseil médical provincial.

BUREAU D'EXAMINATEURS

15. A chaque réunion annuelle du conseil, celui-ci nomme un bureau d'examineurs, désigné sous le nom de " Bureau des Examineurs du Conseil médical du Canada ", dont le devoir est de faire subir les examens prescrits par le conseil, sauf les dispositions ci-dessous de la présente loi.

2. Les membres du Bureau des Examineurs peuvent être nommés de nouveau.

3. Tout comité d'examen doit être composé en majorité de membres parlant la langue du candidat.

EXAMENS

16. Les sujets d'examen sont fixés par le conseil, seulement sur matières finales, et les candidats peuvent, à leur choix, être examinés en anglais ou en français ; et les examens n'ont lieu que dans les centres où il y a une université ou un collège activement engagé à l'enseignement de la médecine, et où il y a des hôpitaux ne contenant pas moins de cent lits.

ENREGISTREMENT

17. Le conseil fait tenir par le registraire, sous la direction du conseil, un livre ou registre appelé le " Registre médical canadien ", dans lequel sont inscrits de la manière et avec les détails prescrits par le conseil, les noms de toutes les personnes qui se sont conformées aux prescriptions de la présente loi et aux règlements établis par le conseil au sujet de l'inscription en vertu de la présente loi, et qui demandent au registraire d'y inscrire leurs noms.

18. Toute personne qui passe l'examen prescrit par le conseil et se conforme à toutes les conditions et règles requises pour l'enregistrement, ainsi que l'exige la présente loi et l'exige le conseil, a droit, moyennant le paiement des honoraires prescrits à ce sujet, d'être enregistrée comme praticien en médecine.

2. Toute personne en possession d'une commission ou d'un certificat d'inscription avant la date à laquelle la présente loi devient exécutoire, ainsi qu'il est dit plus haut, et qui a été engagé à l'ex-

exercice actif de la médecine dans l'une ou plusieurs des provinces du Canada, a, après dix ans de la date de ce certificat, le droit d'être inscrite aux termes de la présente loi comme praticien en médecine, sans avoir à subir l'examen, en payant la contribution voulue et en se conformant aux conditions et règlements établis à cet égard par le conseil.

3. Les praticiens en médecine dûment enregistrés ou commissionnés en vertu des Medical Acts du Royaume-Uni, ou les praticiens dûment enregistrés et licenciés de quelque institution ou corps britannique, colonial ou étranger, à l'enregistrement desquels il est pourvu par un système de réciprocité établi et mis en exercice par le conseil, sous l'autorité de la présente loi, a droit de se faire inscrire en se conformant aux règlements établis par le conseil à cet égard.

19. Toute écriture dans le registre peut être annulée ou corrigée pour cause de fraude, d'accident ou d'erreur.

20. Sur la décision du registraire au sujet d'une demande d'inscription, de correction ou de modification du registre, le requérant, s'il se croit lésé par la décision du registraire, peut en appeler au conseil, qui entend les parties et décide l'affaire ; mais toute demande à l'effet de faire annuler ou biffer une inscription au registre à l'encontre de l'intérêt de la personne visée en est renvoyée au conseil par le registraire, et le conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la dernière adresse connue de la personne, qui a le droit de comparaître par avocat, entend la cause et la décide.

21. S'il est démontré au conseil, après enquête, qu'une personne inscrite en vertu de la présente loi a été convaincue, dans quelque partie des possessions de Sa Majesté ou ailleurs, d'une contravention qui, si elle eut été commise en Canada, eut entraîné une mise en accusation en vertu du Code criminel, ou qu'elle s'est rendue coupable d'une conduite infamante ou indigne, au point de vue professionnel, que cette contravention ait été commise, ou que la conviction ait eu lieu, ou que la conduite infamante ou indigne ait été tenue avant ou après la sanction de la présente loi, ou avant ou après l'inscription de cette personne, le conseil, après trois mois d'avis expédié par la poste, port payé et enregistré, à la

dernière adresse connue de cette personne, qui a le droit de comparaître par avocat, ordonne au registraire de rayer le nom du coupable du registre ; pourvu, néanmoins, que si une personne inscrite en vertu de la présente loi a aussi été inscrite en vertu des lois de quelque province, et si cette inscription provinciale a été biffée du registre pour quelque-une des causes susdites, par ordre du conseil médical de cette province, le conseil doit alors, sans plus ample enquête, ordonner la radiation du nom de cette personne du registre tenu en vertu de la présente loi.

2. Le nom d'une personne ne peut être biffé du registre en vertu du présent article : —

- (a) parce qu'elle a adopté ou refusé d'adopter la pratique de telle ou telle théorie particulière en médecine ou en chirurgie ; ou,
- (b) parce qu'elle a été trouvée coupable, en dehors des possessions de Sa Majesté, d'un délit politique contre les lois d'un pays étranger ; ou,
- (c) parce qu'elle a été trouvée coupable d'une contravention qui, bien que tombant sous le coup des dispositions du présent article, est, de l'avis du conseil, soit à cause de l'insignifiance de l'infraction, soit par suite des circonstances dans lesquelles elle a été commise, insuffisante pour empêcher quelqu'un d'être inscrit en vertu de la présente loi.

22. Sur appel au conseil, ou sur demande de rayer le nom d'une personne du registre aux termes de l'un ou l'autre des deux articles qui précèdent, la personne qui le demande ou la personne accusée ont le droit de comparaître et d'être entendue soit en personne, soit par avocat.

COMMISSION D'ENQUÊTE

23. Lorsqu'il est démontré au gouverneur en conseil que quelque-une des prescriptions de la présente loi n'a pas été remplie, le gouverneur en conseil peut autoriser une commission d'enquête composée de trois membres nommés, l'un par le gouverneur en conseil, le deuxième par le conseil, et le troisième par le plaignant à s'enquérir d'une manière sommaire et de faire rapport au gouverneur en conseil sur la vérité des choses mises à charge dans la

plainte, et, advenant le cas où les dites accusations ou quelque une d'elles seraient démontrées comme existantes, la commission prescrit la manière d'y remédier, si la chose est possible.

2. Le gouverneur en conseil invite le Conseil Médical du Canada à y remédier dans tel délai que, en tenant compte du rapport de la commission, il juge à propos de fixer. Si le conseil manque de le faire, il doit, par un arrêté en conseil, modifier les règlements ainsi qu'il lui semble bon, ou prendre les mesures, ou rendre les arrêtés qu'il juge nécessaires pour donner effet à la décision de la commission.

3. La commission peut contraindre les témoins à comparaître, leur administrer le serment et les interroger sous serment, exiger la production de livres et documents, et est revêtue de tous les autres pouvoirs nécessaires que lui confère le gouverneur en conseil pour les fins de l'enquête.

24. En tout temps toute province pourra se retirer de l'acte fédéral par une résolution de son bureau provincial de médecine, passée par un vote des deux tiers et après trois mois d'avis dans la *Gazette Officielle*.

25. Aucun amendement à l'Acte médical du Canada ne pourra être proposé au parlement fédéral sans avoir été accepté préalablement par les conseils provinciaux.

Certifié copie conforme.

J. GAUVREAU,

Reg. C. M. & C. P. Q.

MEMOIRES

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ALBUMINURIES INTERMITTENTES CURABLES DITES DIGESTIVES

Par le Dr ALBERT LESAGE,
Professeur suppléant de Pathologie interne et de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame

Avant d'entrer dans le vif de la question mise à l'étude, laissez-moi vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me désignant comme l'un de vos conférenciers annuels.

(1) Communication à l'Association Médico-Chirurgicale du district de Joliette à l'Assomption en Déc. 1909.

Vous savez déjà tout le bien que je pense de nos associations médicales. Disséminées par toute la province, elles forment des groupes souvent nombreux, toujours homogènes, qui servent à promouvoir les intérêts généraux de la profession médicale.

Si, dans les grands centres, nous sommes mieux outillés pour l'observation scientifique, vous êtes mieux placés pour en vulgariser les notions principales.

D'autre part, vous êtes mieux préparés pour la lutte contre le charlatanisme dont vous connaissez mieux que nous les rouages intimes, parce que vous le cotoyez de plus près et que vous souffrez davantage de cette promiscuité.

S'il me fallait justifier par des faits cette double prétention, je m'empresserais de citer comme exemple : *l'Ass. Méd. Chir. du district de Joliette*.

En effet, Messieurs, n'avez-vous pas, en différentes circonstances, dans un but de vulgarisation probablement, invité quelques-uns de mes collègues à vous exposer leurs vues sur des sujets médico-chirurgicaux du plus haut intérêt?...

N'avez-vous pas, à votre tour, publié des travaux originaux qui ont attiré l'attention de l'étranger?

N'avez-vous pas, ici même, établi le premier conseil de discipline sur des bases telles que C. M. C. P. Q. les ait jugées assez solides pour y asseoir son propre édifice, d'après la nouvelle loi médicale.

N'avez-vous pas été les véritables pionniers de la lutte contre le charlatanisme en forçant les tribunaux à en condamner les pratiques occultes à plusieurs reprises?

N'avez-vous pas, enfin, résisté victorieusement aux compagnies d'assurances sur la vie qui voulaient vous imposer un tarif injuste et indigne des services requis?...

Voilà, Messieurs, en quelques mots, une part de l'œuvre accomplie par votre admirable association de district.

Mieux qu'un honneur donc, j'ai senti que c'était un devoir de saisir l'occasion qui m'était offerte de vous féliciter de votre travail, dont nous avons tous bénéficié, puisque nous sommes solidaires, et de vous y encourager par mon humble collaboration.

Laissant de côté les sujets d'ordre général sur lesquels votre conscience est suffisamment éclairée, je me suis borné à une ques-

tion de pratique journalière de la plus haute importance et sur laquelle l'attention n'a pas été suffisamment attirée. Je veux parler des albuminuries intermittentes curables dites d'origine digestive, dont l'étude est une des plus attachantes de la pathologie interne. Si, pendant longtemps, on a classifié comme néphitiques tous les porteurs d'albumine sans même essayer d'en faire une sélection raisonnable au point de vue du pronostic et du traitement, il n'en est plus de même aujourd'hui.

A l'observation clinique de jadis, trop désintéressée et souvent hypothétique, s'est substituée une analyse plus sévère à laquelle s'est bientôt jointe une expérimentation précise dont les épreuves concluantes sont venues jeter quelques éclaircissements sur les points obscurs de ce chapitre si intéressant.

A la lumière de ces documents nouveaux nous essaierons d'analyser nos malades et d'en tirer des conclusions pratiques.

Le praticien a besoin d'être fixé par des faits probants et soigneusement contrôlés, car, trop souvent, nous sommes dérouterés et déconcertés par la multiplicité des publications parfois contradictoires, l'opposition apparente des opinions émises, la difficulté du pronostic à poser, l'incertitude d'indications thérapeutiques précises et surtout opportunes.

Souvent, il m'est arrivé, depuis quelques années de déceler la présence d'albumine dans des urines de malades qui venaient me consulter pour toute autre chose.

N'avez-vous jamais observé au cours d'examens pour les compagnies d'assurance sur la vie, des sujets dont les urines étaient albumineuses, et qui présentaient tous les signes extérieurs d'une bonne santé ? Poursuivez votre enquête, examinez systématiquement les urines de tous vos malades apyrétiques, dyspeptiques, hépatiques, chlorotiques, adolescents, adultes ou vieillards : chez un grand nombre d'entre eux, 25 à 30%, vous décelerez de l'albumine. Chez les uns, vous la verrez disparaître par une diète appropriée, chez les autres vous la verrez persister et évoluer vers le brightisme après les périodes d'accalmie plus ou moins longues.

Or, Messieurs, devons-nous placer tous ces malades dans le même cadre et les étiqueter de la même façon ?

Evidemment non : des causes différentes, ici, peuvent produire des effets équivalents ou identiques.

Ainsi, voici un malade qui souffre de diarrhée à la suite d'une

auto-intoxication alimentaire; c'est un apeptique, il est sujet à ces crises, vous examinez ses urines, vous trouvez de l'albumine, devez-vous porter un diagnostic de néphrite?

Voici un autre malade, c'est un cardiaque à la période de compensation; sa digestion est pénible, ses urines sont de moyenne intensité. Vous voulez favoriser la diurèse, vous prescrivez la diète lactée, le malade va plus mal, il a de l'oppression, des gazs, du ballonnement de l'estomac et de l'intestin, vous examinez les urines: *albumine*. Vous continuez le lait, les troubles s'aggravent, vous suspendez toute alimentation, vous prescrivez la diète hydrique, les troubles cessent bientôt, l'albumine disparaît, tout rentre dans l'ordre.

Evidemment l'albumine a agi comme poison ici; mais d'où vient-elle, cette albumine? Nous avons supprimé toute alimentation carnée dans le but de la prévenir ou d'en diminuer le taux et voilà que la diète lactée aggrave la situation.

Voici un troisième malade qui ne peut pas digérer les œufs, crus ou cuits; chaque fois qu'il en absorbe il éprouve des malaises inexplicables; vous examinez ses urines, jusque là normales, vous trouvez de l'albumine?... D'où vient-elle?...

Voici un gros mangeur. Il est constipé, il boit et urine peu, il dort mal, il travaille peu. Vous l'examinez, il est sain. Vous examinez ses urines, vous trouvez de l'albumine. Vous en êtes surpris, car rien dans les signes objectifs ou subjectifs ne pourrait vous faire supposer que votre rein fut malade. Mais s'il n'y a pas de néphrite, pourquoi cette albumine, d'où vient-elle?

Tous ces faits, Messieurs, n'avaient pas échappé complètement à l'observation clinique.

Depuis les recherches de Bouchard sur les gastro-intéroptoses et les auto-intoxications, on avait constaté ces anomalies sans en comprendre le mécanisme intime.

Pourquoi, dans des conditions apparemment identiques avions-nous chez les uns une réaction aussi intense qu'elle était nulle chez les autres?...

Voici l'interprétation pathogénique qu'on en donnait en s'inspirant de ces beaux travaux.

“ Elle nous paraît, dit le prof. Teissier, de Lyon, devoir se réduire à deux hypothèses principales: celle de la *surcharge alimen-*

taire chez des sujets affectés de nutrition retardante, et celle de l'*auto-intoxication*.

La surcharge alimentaire peut être invoquée pour ces malades qui absorbent des matières protéiques d'une façon disproportionnée avec leurs besoins: les albuminoïdes, non combinés ou incomplètement transformés et non fixés par les tissus passent à travers le filtre rénal et sont décelés par les réactifs d'usage. Cette hypothèse est des plus rationnelle et s'applique à une catégorie de malades — gros mangeurs — qui, ayant à réparer leurs pertes en azote, à relever, par la suractivité circulatoire que provoque le travail digestif, leur température centrale toujours basse, se trouvent inaptes à transformer dans l'espace de temps voulu, les aliments protéiques qu'ils ont absorbés en excès."

Quant à l'*auto-intoxication*, "ou bien il s'agit d'irritation directe du rein par les toxines absorbées ou résorbées par la muqueuse gastrique, ou bien l'on a affaire à une action intermédiaire de ces toxines sur le foie qui vient modifier son fonctionnement ou le troubler de façon à provoquer une albuminurie spéciale due à une destruction intense des globules rouges dans cet organe et la mise en liberté d'une grande quantité de matières colorantes qui s'élimineront dans l'urine."

Telle était, Messieurs, la conception admise il y a quelques années.

L'hypothèse était ingénieuse et conforme à la vérité sur quelques points, mais il lui manquait la certitude expérimentale. Elle ne pouvait satisfaire complètement l'esprit ni expliquer tous les cas.

Comment cette albumine passait-elle de l'intestin dans le rein?

Entraînait-elle par son passage dans cet organe des lésions fugaces, banales, ou compromettantes pour l'avenir? A quoi pouvait-on reconnaître qu'une albuminurie est curable; dans quelles conditions pouvait-on obtenir cette guérison; dans quelles limites était-on en droit de l'espérer?

Autant de questions auxquelles il nous était impossible de donner de réponses rigoureusement assises.

I. — MÉDECINE EXPÉRIMENTALE.

C'est à la médecine expérimentale qu'était réservée la tâche de résoudre ces problèmes.

Permettez-moi de vous en fournir quelques exemples.

En 1906, Chiray, un élève de Castaigne, à Paris, s'inspirant des travaux antérieurs cherchait à éclaircir tous ces points en faisant sur l'animal et sur l'homme des expériences absolument remarquables en provoquant l'apparition de l'albuminurie au moyen de l'ovalbumine (albumine de l'œuf) ingérée soit par l'estomac, soit par l'intestin.

(a) *Voie gastrique.* — Depuis longtemps, on savait que l'ingestion stomacale de matières albuminoïdes en excès et, en particulier, d'œufs crus, détermine dans certains cas de l'albuminurie.

Ainsi, Smith, un auteur anglais, mentionne l'observation d'un de ses amis, médecin qui pouvait produire chez lui de l'albuminurie durant 8 à 10 heures en buvant une pinte de lait. Senator, un auteur bien connu, a cité des exemples d'albuminurie provoquée par l'ingestion de viande en quantité abondante. Claude Bernard lui-même fut pris d'une albuminurie passagère après avoir ingéré des œufs crus en assez grande quantité.

Ferret, un auteur français, rapporte l'histoire d'un orateur qui présentait des troubles de légère urémie et de l'albuminurie due à l'habitude d'ingérer dix œufs par jour pour s'éclaircir la voix. Le même auteur observa sur lui-même de l'albuminurie durant 48 heures après l'absorption de 10 œufs crus le matin; une fois cuits, même à la dose de 24, jamais ils ne produisaient d'albuminurie. Par contre, d'autres auteurs n'ont pu obtenir d'albumine chez l'homme par les mêmes moyens.

Les mêmes expériences tentées chez les animaux ont donné des résultats équivalents.

Reprenant l'étude de ces faits, Chiray a pu les vérifier et provoquer l'albuminurie dans 33% des cas.

Il ressort donc de ces faits que chez l'homme et chez l'animal, l'ingestion d'ovalbumine en quantité exagérée peut déterminer de l'albuminurie.

2° Chez l'homme, même avec de fortes doses, on ne produit pas toujours de l'albuminurie. Il y a, à cet égard, des susceptibilités individuelles qu'il importe d'interpréter.

Ces faits concernent l'albuminurie par ingestion.

(b) *Voie recto-intestinale.* — Poussant plus loin les investigations, Chiray a recherché si l'introduction de matières albuminoïdes par la voie recto-intestinale donnerait le même résultat.

Introduisant dans le rectum après avoir donné un lavement évacuateur une sonde de Nélaton à une profondeur de 20 centimètres, il fait pénétrer, avec le bock ordinaire, doucement une émulsion de blancs d'œufs additionnés de 10 à 15 gouttes de Laudanum afin d'immobiliser l'intestin.

Le liquide doit pénétrer tranquillement et il doit rester en place durant 24 heures.

Or, chez trois lapins et deux chiens il constate une albuminurie intense le 2e jour. Un d'eux meurt le soir du premier jour avec de la diarrhée et des signes d'urémie. A l'autopsie les reins présentent les signes d'une congestion intense.

Sur huit sujets différents, souffrant de maladies diverses, il répète ses expériences. Chez cinq d'entre eux il provoque de l'albuminurie de la même façon.

A la suite de ces expériences, l'auteur se demande si la production plus facile de l'albuminurie par voie recto-intestinale n'était pas dû *au défaut d'action des ferments digestifs sur les albumines injectées*. Il reprend les mêmes expériences en injectant conjointement du blanc d'œuf et des ferments digestifs intestinaux, tels que la trypsine Poulenc à la dose de 0 gr. 50 centigr.

Quatre chiens soumis à ces expériences n'ont présenté à aucun moment la plus légère trace d'albuminurie.

Enfin, Messieurs, expérimentant avec le lait débarrassé de ses matières grasses, Chiray provoque des urines albumineuses et laescentes dans deux cas sur quatre.

(Chez l'homme il obtient les mêmes résultats. (1))

Nous avons montré que l'albumine injectée dans le rectum et l'intestin passe plus facilement dans les urines que lorsqu'elle est portée dans l'estomac. De ceci l'on peut déduire que la muqueuse de l'intestin se laisse mieux que celle de l'estomac traverser par les substances albuminoïdes non élaborées. Ce premier point acquis, il restait à prouver que l'albumine éliminée est identique à celle qui a été introduite.

Or, des recherches établissent de façon nette que, après les injections de blanc d'œuf dans le rectum chez le lapin, le chien et

(1) J'ajoute que le passage de cette albumine dans le sang détermine rapidement une augmentation des globules rouges allant de 500,000 à 2 millions p. m. c. en même temps qu'une diminution des substances albuminoïdes du sérum.

l'homme, on constate une albuminurie spécifique où l'on retrouve de l'ovalbumine.

Ceci était encore insuffisant. On a voulu préciser davantage. Il fallait suivre l'albumine entre ces points d'entrée et de sortie, entre l'étape intestinale et l'étape urinaire. Or on a vu que si, chez un lapin, on prélève un peu de sang dans la veine porte quelque temps après l'injection intestinale de blanc d'œuf, ce sang donne la réaction spécifique.

Ainsi, l'albumine injectée dans l'intestin se retrouve et se reconnaît dans tout son cycle organique. C'est donc qu'elle passe en nature à travers l'épithélium intestinal, ce qui paraît démontré.

On pourrait peut-être penser encore que ces faits n'ont pas un caractère général et qu'ils tiennent à la constitution spéciale du blanc d'œuf. Or, on les a observés avec le lait. Dans une expérience, on a vu apparaître chez le lapin, à la suite d'une injection intestinale de lait, une véritable lacturie, l'urine était opalescente, albumineuse et contenait de fins globules graisseux. Dans une autre observation rapportée, on a pu, chez une malade, retrouver la caséine dans l'urine, à la suite d'un régime lacté mal supporté. MM. Achard et Galliard avaient d'ailleurs autrefois fait la même constatation.

On peut considérer comme absolument certain que, pour une partie au moins, les substances albuminoïdes peuvent traverser en nature la muqueuse intestinale, bien que ce fait soit encore contraire aux idées classiquement admises. Si, dans la vie physiologique quotidienne, la perméabilité de l'intestin aux albuminoïdes non élaborées reste à l'état latent, c'est que ces substances sont déjà élaborées lorsqu'elles viennent au contact de la muqueuse résorbante.

Faut-il voir dans ce phénomène un fait d'ordre purement physique, une filtration comme l'ont réalisé *in vitro* les premiers auteurs? Faut-il au contraire assimiler cette absorption en nature des albuminoïdes aux autres fonctions de la muqueuse intestinale? Castaigne et Chiray se rattachent volontiers à cette interprétation; ils sont disposés à admettre que ce qui règle le passage d'une substance à travers l'épithélium intestinal c'est non son pouvoir d'osmose, mais l'affinité plus ou moins grande qu'a pour elle le protoplasme de cet épithélium et sa plus ou moins grande

capacité à dissoudre les substances en jeu. Cet épithélium, comme celui du rein, s'empare des substances albumineuses, les incorpore dans ses cellules, puis les rend au courant sanguin et lymphatique sous-jacent qui est moins riche que lui. En tous cas, et quelle que soit l'interprétation qu'on veuille donner à ces faits, il nous semble important d'avoir démontré que *la muqueuse intestinale peut, en dehors de toute élaboration digestive, absorber les substances albuminoïdes*. Cela nous ouvre certains espoirs sur l'alimentation rectale. Si, jusqu'ici, ce procédé est resté insuffisant et quelque peu dédaigné, c'est sans doute que la composition des lavements alimentaires est imparfaite ou que ces lavements ne sont pas portés assez haut dans l'intestin. En modifiant la technique, on peut espérer obtenir, dans certaines situations critiques, une absorption suffisante pour le maintien de la vie, et les premiers résultats obtenus par Ewald doivent nous encourager à poursuivre ces essais". (1)

Résumons en quelques propositions succinctes les données expérimentales si précieuses que nous venons de recueillir et qui vont nous faciliter l'étude clinique des albuminuries digestives.

1° L'introduction par la voie gastrique ou recto-intestinale d'albumine hétérogène produit de l'albuminurie dans un grand nombre de cas.

2° Cette albuminurie est plus constante lorsqu'il y a diminution ou disparition des ferments digestifs.

3° Cette albumine passe à travers la muqueuse intestinale dans le sang où elle provoque une hyperglobulie limitée aux extrémités, de là dans le rein, où elle provoque des lésions légères qui guérissent complètement si elle dure peu, ou graves et permanentes si elle dure plus longtemps. Dans ce dernier cas, elle conduit à la néphrite interstitielle.

4° Cette albuminurie est provoquée surtout par l'ovalbumine, par le lait, et une suralimentation excessive.

5° L'identification de cette albumine est faite au moyen de sérums précipitants de même provenance.

A suivre.

(1) Chiray, loc. cit.

REVUE GENERALE

LES PERFORATIONS INTESTINALES DE LA FIEVRE TYPHOÏDE DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT (1)

La perforation intestinale, en raison de sa fréquence (3 p. 100 des cas environ) et de l'extrême gravité de la péritonite qu'elle engendre, est considérée comme la plus terrible complication de la fièvre typhoïde.

Livrée à elle-même, elle entraîne fatalement la mort: l'on cite les cas très rares où une barrière protectrice a pu endiguer les produits septiques et localiser l'infection, les cas de résorption spontanée ou de phlegmons stercoraux guérissant par ouverture à la paroi.

Sauf ces quelques exceptions, et sauf les cas d'erreur de diagnostic, sur lesquels il sera utile d'insister, diagnostiquer une péritonite typhique équivaut à un arrêt de mort. Telle était, du moins, l'opinion admise jusqu'au jour où fut tentée l'intervention chirurgicale, et où furent publiés des cas de guérison.

Cette question de l'intervention chirurgicale a donné lieu à une énorme quantité de publications, surtout en langue anglaise, et les chirurgiens américains surtout ont fourni de précieux documents. En France, nous devons citer d'abord la remarquable étude du professeur Dieulafoy (2), puis celle de Cazin (3). Peu à peu, les faits s'accumulent, deviennent assez nombreux pour que les chirurgiens puissent se faire une opinion personnelle, et, le 5 février 1908, à la Société de Chirurgie, M. Michaux amorça une discussion qu'il clôtura le 20 mai, dans un rapport où sont étudiés les nombreux cas exposés à la Société.

Il semble *a priori* surprenant qu'on ait tant écrit et tant parlé sur un sujet d'apparence si simple. N'est-il pas logique d'aller au premier indice fermer la plaie intestinale? L'opération ne s'impose-t-elle pas dès que le diagnostic est posé.

Mais dans la réalité, les choses sont beaucoup moins simples. Il importe d'abord de reviser la symptomatologie classique, de faire une critique serrée des divers signes connus en utilisant toutes ces observations. On s'aperçoit, en effet, que l'évolution est des plus variables et que fréquemment le diagnostic fut hésitant ou erroné.

(1) Par M. Paul Claisse, médecin de la Pitié, dans *La Clinique*, Déc. 1909.

(2) *Ac. de Méd.*, 27 oct. 1807.

(3) *Pr. Méd.*, 6 janv. 1904.

Après avoir établi les bases du diagnostic, il conviendra d'étudier l'opportunité opératoire, les indications et contre-indications. Enfin, on pourrait passer en revue les diverses opinions sur la technique opératoire. Ce dernier point n'est pas de mon ressort, je dirai seulement que tous sont d'accord pour réclamer une chloroformisation brève, une intervention de courte durée et aussi simple que possible. Le lieu de l'incision, les procédés de suture, le drainage, tout cela fut, en outre, minutieusement étudié au cours de la discussion.

Éléments de diagnostic. — La perforation peut se produire aux diverses périodes de la fièvre typhoïde, rarement dans les deux premières semaines, d'ordinaire après le quinzième jour, souvent dans la convalescence ou dans une rechute. Si elle est plus fréquente dans les formes graves, on l'observe aussi dans les formes légères, même les plus frustes, dans le typhus ambulatoire. Il est tout naturel que les symptômes soient fort différents suivant l'état du malade, au minimum dans les cas graves, adynamiques, où les diverses réactions sont atténuées, au maximum dans les cas légers où le malade a toute sa conscience, où sa sensibilité n'est pas émoussée.

En pareil cas, la perforation s'annonce en général par une douleur violente et limitée, d'ordinaire à droite, puisque la fin de l'iléon est le siège habituel des perforations. Cette douleur s'étale plus ou moins vite, s'accompagne de rétraction abdominale, de défense de la paroi, et de sensibilité diffuse. Puis le ventre se météorise, la matité hépatique disparaît, les vomissements bilieux ou porracés surviennent, le facies grippé trahit une extrême anxiété.

Le pouls s'accélère progressivement, atteint 120 à 140.

La température centrale, qui s'est d'abord abaissée brusquement, parfois par un énorme crochet de 4 à 5 degrés, remonte lentement. Mais la température des extrémités s'abaisse et la mort survient au bout d'un petit nombre de jours, parfois en vingt-quatre heures.

Tel est, très schématique, le tableau habituel. Mais que d'exceptions! Si l'on parcourt les diverses observations, on voit que le syndrome complet n'existe que dans une minorité.

La douleur, les vomissements, le pouls, la température, ces quatre éléments de diagnostic sont infidèles. Est-il un signe pa-

thognomonique sur lequel on puisse poser un diagnostic ferme ? Voici ce qu'on peut essayer de savoir en dépouillant les diverses observations. Remarquons, toutefois, qu'on ne peut établir une statistique exacte des divers signes, plusieurs auteurs n'ayant pas fourni des observations complètes, mais seulement des réflexions sur telle ou telle partie du problème.

Parmi ces signes, il en est un qu'on trouve signalé dans toutes les observations, c'est la *douleur*, le plus souvent soudaine, déchirante, en coup de poignard, dans le flanc droit. Mais l'inondation péritonéale ne se fait pas toujours avec la même brutalité. Il est des cas où les matières septiques ne se font jour que par une fissure de l'iléon, du côlon, de l'appendice, avec moins de brutalité, et où la douleur, d'abord provoquée seulement par la pression, tarde à s'accroître et à s'étendre (Souligoux, obs. III). Il est des cas aussi où elle prête à l'erreur par des localisations anormales, vers le foie, la vésicule biliaire, vers la vessie. Cette dernière modalité, bien mise en lumière par Sieur, se retrouve dans plusieurs observations (Piequé, Toussaint, Delbet).

À part ces quelques exceptions, c'est bien le signe principal le plus constant, et MM. Faisans et Flandin (1) lui donnent une telle importance qu'ils formulent cette conclusion : " Le symptôme essentiel, et qui peut suffire à lui seul pour le diagnostic, est la douleur survenant brusquement ".

À cela on peut ajouter que la douleur peut exister sans péritonite, ainsi que le prouve l'observation de Rochard, dans laquelle un typhique, qu'on croyait atteint de perforation, en raison d'une douleur violente et brusque, fut reconnue indemne à l'opération.

Mais, de très rares exceptions ne diminuent pas la grande valeur de ce signe. Elles nous engagent seulement à redoubler d'attention pour trouver d'autres symptômes concomitants. Il est bien rare qu'on n'observe en même temps des modifications de la température et du pouls. Nous ne trouvons qu'un seul cas, l'obs. I, de Ricard, où le seul signe trouvé ait été la douleur.

En dehors de ce symptôme, tous les autres se présentent avec irrégularité. Le professeur Dieulafoy a insisté sur les *chutes brusques de température* et a montré comment elles se distinguent de la défervescence de guérison et de l'hypothermie des hémorragies intestinales.

(1) Société Médicale des Hôpitaux, 18 décembre 1908.

La défervescence brusque de guérison coïncide avec une amélioration générale et ne descend pas au-dessous de 37 degrés, tandis qu'ici on constate de l'hypothermie, une aggravation de l'état ainsi que des signes nouveaux. Dans le cas d'hémorragie intestinale, la chute de température est suivie d'une réascension rapide, tandis qu'après perforation, l'hypothermie ne disparaît que progressivement.

Voilà, certes, un précieux élément de diagnostic. Il a une grande valeur, mais il est très inconstant, et en dépouillant les observations, on constate que la température est plus souvent élevée qu'abaissée (7 cas de Poncet, 6 cas de Dubajadoux, etc.).

D'autre part, cette hypothermie soudaine peut conduire à une erreur de diagnostic, ainsi dans l'obs. VII de Morestin, celle de Rochard, et dans un cas que je viens d'observer.

OBSERVATION RÉSUMÉE.

O. D., seize ans, est soigné salle Rayer, n° 33, pour une fièvre typhoïde de moyenne intensité, vérifiée par le séro-diagnostic. Aucun accident notable pendant dix jours. Le 18 octobre, vers le seizième jour de la maladie, on me prévient, à mon arrivée, que la température, qui était la veille de 39°,2, est tombée à 36°,8. Le malade a eu, à deux reprises, des vomissements bilieux. Son aspect a changé. Il a les traits tirés, le nez pincé.

Le pouls est petit, à peine saisissable, ralenti à 60. Les bruits du cœur sont assourdis.

D'autre part, le malade n'a éprouvé aucune douleur. L'abdomen est normal. On ne constate ni rétraction, ni météorisme, ni défense de la paroi.

Néanmoins, ce brusque abaissement de température, les vomissements, la prostration et l'aspect du visage nous font supposer l'existence d'une perforation.

Le malade est soumis à l'examen de M. Walther, descendu dans le service de chirurgie, et opéré par M. Lerat, interne du service.

Chloroformisation rapide, incision latérale.

Le péritoine est sain, on ne trouve aucune lésion intestinale. On suture la plaie.

Le malade, qui n'est resté qu'un quart d'heure sous le chloroforme, supporte bien l'opération.

Le lendemain la température remonte à 39°,8 pour redescendre progressivement en une semaine à la normale. La convalescence est interrompue dix jours plus tard par une courte rechute. Actuellement le sujet est en parfait état.

L'histoire de cette erreur de diagnostic est instructive. On peut la rapprocher de cas semblables observés par MM. Chantemesse, Maclaure, Delorme, Alglave, etc.

M. Rochard cite cinq observations analogues, toutes terminées par la guérison, insiste sur l'inocuité de la vérification opératoire et affirme qu'il vaut mieux inciser à tort, mais avec peu de risques, que de laisser échapper une possibilité de salut. Toutefois, il est évident que l'erreur fut causée par la valeur exagérée donnée à la brusque hypothermie.

Somme toute, ce système a une valeur considérable, mais il est inconstant et trompeur.

Les modifications du *pouls* fournissent aussi des indications variables. Dans beaucoup d'observations, le pouls ne fournit aucun renseignement. Souvent il n'est pas modifié, du moins au début, et ne s'accélère jusqu'à 120, 140 qu'après généralisation de la péritonite. Ce n'est donc pas un signe précoce, capable de guider vers l'intervention hâtive.

Même inconstance pour le hoquet, qui est parfois un signe avant-coureur (Dieulafoy), mais n'apparaît souvent que très tard ou manque complètement.

Les vomissements alimentaires, bilieux, porracés sont souvent signalés, mais font parfois défaut.

On a insisté sur la *suppression des selles*. Mais tous les typhiques ne sont pas diarrhéiques. Certains traitements, certains régimes (1) régularisent le fonctionnement de l'intestin à tel point que ce signe perd toute valeur.

On a cherché à tirer parti de l'*examen du sang*. M. Gazin (qui a pourtant montré l'intérêt de cette méthode au cours des appendicites) établit que chez les typhiques l'étude de la leucocytose est illusoire. Les modifications sanguines ne sont pas assez rapides pour fournir un élément de diagnostic précoce, surtout dans un organisme dont les réactions défensives sont émoussées par la maladie.

(1) P. Caisse: *Le Régime des typhiques* (*La Clinique*, 12 mars 1909).

En résumé, aucun signe n'a de valeur absolue (Quénu). Si le diagnostic est facile dans la majorité des cas où divers symptômes viennent s'adjoindre au symptôme douleur, il devient parfois fort difficile ou même impossible. Il est bon alors de suivre le conseil du professeur Chantemesse, de soumettre le malade à une observation minutieuse, répétée d'heure en heure: cela permettra d'ajouter aux premiers soupçons successivement divers éléments dont l'ensemble sera plus probant.

Mais si le doute persiste il faut se souvenir de l'innocuité d'une laparotomie exploratrice et de la gravité d'une opération trop tardive. Dans le doute, on doit opérer. Telle est du moins l'opinion de MM. Michaux, Rochard, et de la majorité des chirurgiens.

Indications opératoires. — Cette opération n'a qu'une contre-indication: l'état du malade, s'il est trop atteint par la maladie, trop adynamique, ou par les progrès de la péritonite.

Peut-on attendre, profiter des rémissions, ainsi que l'indiquent Keen, Tuffier, choisir son moment, laisser au malade la chance d'une formation d'adhérences protectrices qui transformerait l'infection diffuse en un foyer suppuré? Mais on court ainsi le risque d'une propagation sournoise, d'une diffusion lente des lésions qui rendra le succès encore plus incertain.

La plupart des chirurgiens, Legueu, Delbet, etc., conseillent, au contraire, l'opération hâtive, dès que le diagnostic est suffisamment établi.

Résultats. — Examinons maintenant les résultats de l'opération. Il faut reconnaître qu'ils sont fort médiocres. Pratiquée dans les meilleures conditions, chez un sujet résistant, aussi près que possible du début, dans un laps de temps minime, avec toutes les précautions, toute l'habileté possible, l'opération n'offre que peu de chances de succès. Les meilleures statistiques sont de 25 % de succès. Encore la proportion devrait-elle s'abaisser au-dessous de 20, peut-être à 15, si l'on retirait les cas opérés par erreur, les cas de simples laparotomies exploratrices. Cette énorme mortalité s'explique par la faible résistance du sujet, déjà éprouvé par une grave maladie, par le mauvais état des parois intestinales qui se déchirent parfois après suture, par la possibi-

lité de nouvelles perforations au voisinage de la lésion initiale, par la très large inoculation du péritoine qui ne peut se nettoyer qu'imparfaitement, par la difficulté du drainage qui peut laisser se former des clapiers.

Mais quelque aléatoire que soit cette entreprise, elle ne doit pas être abandonnée, puisque sans elle c'est la mort certaine. Les guérisons spontanées sont si rares qu'elles ne peuvent entrer en ligne de compte, si l'initiative du médecin n'est pas troublée.

Il faut pourtant songer au cas où l'opération serait impossible, soit par refus du patient, soit par opposition de l'entourage, soit par l'absence de tout secours chirurgical. Songeons alors à ces éventualités si rares de guérison naturelle par adhérences protectrices, résorption ou limitation de la péritonite, et utilisons les procédés indiqués par M. Chantemesse. C'est d'abord l'emploi de muelinate de soude, en injection sous-cutanée, à la dose de 50 centigrammes, qui a la propriété d'accélérer l'afflux des leucocytes au territoire envahi, et de favoriser ainsi la défense de l'organisme. Cette méthode, utilisée en chirurgie abdominale, est parfaitement logique.

On pourra recourir aussi au surchauffage intermittent, soit par des compresses, soit par l'appareil qu'indique M. Chantemesse. C'est une étude à double paroi, ayant la forme des cerceaux destinés à soutenir les couvertures. On la remplit d'eau à 60 degrés et on l'installe au-dessus du ventre.

La sédation est très marquée.

Cette méthode semble préférable à l'emploi de la glace qui paralyse les défenses naturelles de l'organisme.

LES ACQUISITIONS RECENTES SUR LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE EPIDEMIQUE (1)

L'épidémiologie de la méningite cérébro-spinale s'est éclairée récemment à la faveur des recherches bactériologiques exécutées en Allemagne pendant l'épidémie de Silésie (1905-06); elles ont été continuées et étendues en France lors de l'épidémie qui a sévi durant les premiers mois de l'année 1909.

(1) Par M. Ch. Dopter, médecin major de 2^e classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce dans *Progrès médical* août 1909.

Sans vouloir entrer dans le détail de ces travaux, on peut affirmer actuellement que la transmission reconnue de la méningite cérébro-spinale s'effectue par les produits de sécrétion rhino-pharyngée, que le malade répand autour de lui. Le rhino-pharynx est en effet l'habitat électif du méningocoque; c'est là qu'il pullule avant de diffuser vers les méninges; il y persiste parfois longtemps après la guérison des phénomènes méningés; à cet égard on peut déjà établir que non seulement les *malades* mais les *convalescents* sont dangereux pour leur entourage.

Une notion nouvelle est venue se greffer sur cette dernière: à côté des malades avérés, il existe des *sujets sains* qui portent des méningocoques dans leur rhino-pharynx. Ce sont: 1° des personnes de l'entourage immédiat des malades, 2° des sujets ayant approché les malades, mais sans avoir eu avec eux le contact permanent de l'entourage immédiat; 3° des sujets qui, n'ayant pas approché les malades, tiennent leurs méningocoques d'autres porteurs de germes qui les leur ont communiqués.

Ces germes vivent chez ces individus sans déterminer d'autre lésion qu'un catarrhe habituellement léger de la muqueuse rhino-pharyngée. En un mot, ils provoquent un rhino-pharyngite, première étape à laquelle ils s'arrêtent très fréquemment sans poursuivre leur route vers les méninges; ils y épuisent leur activité pathogène. On estime qu'en cas d'épidémie, il existe 10 fois plus de porteurs de méningocoques que de méningitiques avérés.

Ces sujets sont dangereux pour leur entourage, plus dangereux même que les méningitiques qu'on isole au premier symptôme, car ils vont, viennent, vaquent à leurs occupations habituelles, et sèment le méningocoque autour d'eux, en restant méconnus. Des épisodes de l'épidémie récente de 1909, en France, démontrent à tout jamais le rôle de ces porteurs de méningocoques dans la propagation de la méningite cérébro-spinale.

Cette notion est de la plus haute importance au point de vue épidémiologique; elle permet d'expliquer les atteintes survenant avec toutes les apparences de la spontanéité, où bien les explosions épidémiques se produisant chaque année où même après plusieurs années, sans qu'on puisse savoir le lien qui les unissait entre elles. Il ne saurait plus s'agir de reviviscence des germes endormis dans les locaux, car le laboratoire a démontré pleinement que le méningocoque ne vit pas plus de 48 heures dans le milieu extérieur.

Actuellement, les *sujets sains porteurs de méningocoques* doivent être considérés comme les anneaux d'une chaîne ininterrompue qui relie, dans une même agglomération, et même d'une localité à une autre, les cas de *méningite cérébro-spinale* paraissant les plus indépendants les uns des autres.

La doctrine de la contagion interhumaine, battue en brèche pendant de longues années, reprend dès lors tous ses droits.

Ce grand rôle de diffusion accordé au méningocoque issu du rhino-pharynx chez ces porteurs sains amène ainsi à considérer la rhino-pharyngite méningococcique, évoluant seule ou suivie de méningite, comme l'affection contagieuse par excellence; en un mot, la méningite ne serait épidémique qu'en apparence: la véritable affection seule capable de contamination c'est la rhino-pharyngite. Autrement dit, *il n'existerait pas d'épidémie de méningite, mais des épidémies de rhino-pharyngite, compliquée parfois de méningite.*

SÉROTHÉRAPIE

Née presque simultanément en Amérique (Flexner) et en Allemagne (Kolle et Wassermann), la sérothérapie a été d'abord appliquée dans ces régions. En France, durant les premiers mois de 1909, on a utilisé en grande partie le sérum que j'ai préparé, sur les conseils de M. Roux, à l'Institut Pasteur de Paris.

Préparation du sérum. — Flexner obtient son sérum en immunisant des chevaux à l'aide de cultures tuées puis vivantes de méningocoques, qu'il introduit sous la peau, puis dans les veines. Il ajoute quelques doses d'extrait autolytique provenant des cultures; il injecte l'extrait seulement sous la peau.

Kolle et Wassermann immunisent trois chevaux: l'un avec un méningocoque, un second avec 5 à 6 échantillons du même germe; un troisième avec l'extrait autolytique. C'est le mélange à parties égales de ces trois sérums qui constitue le sérum antiméningococcique.

En ce qui me concerne, j'immunise les chevaux à l'aide de *cultures vivantes seules*, injectées sous la peau d'abord, dans les veines ensuite, sans utiliser les extraits de microbes. J'obtiens ainsi à la fois un sérum *anti-microbien* et hautement *anti-endotoxique*: l'expérience sur l'animal et les essais tentés en thérapeutique humaine le prouvent nettement.

Effets du sérum antiméningococcique. — La valeur du sérum antiméningococcique peut s'apprécier: 1° par la diminution du taux de mortalité qu'il amène; 2° par les effets qui suivent son application dans chaque cas particulier.

I. — DIMINUTION DU TAUX DE MORTALITÉ

On sait que la mortalité de la méningite cérébro-spinale, quand elle sévit à l'état épidémique, s'élève à des chiffres variants entre 60 et 80 p. 100. Or, depuis que le sérum a été introduit, non pas sous la peau, mais par la voie rachidienne, la mortalité a subi une diminution considérable.

Dans son dernier mémoire, Flexner, réunissant tous les cas traités avec son sérum, comptait 442 cas, ayant donné 147 décès — 33 p. 100. Il défalque de ce chiffre 49 cas où les injections ont été pratiquées dans des cas foudroyants, morts quelques heures après ou sur des moribonds et enfin dans des cas où la mort est survenue à la suite d'une infection intercurrente.

Dans ces conditions, il reste: 393 cas avec 98 décès, soit 25.4 p. 100.

Donc: mortalité brute: 33 p. 100.

Mortalité nette: 25.4 p. 100.

Le sérum préparé par Kolle et Wissermann à Oerlin a donné entre les mains de Lévy, Krohne, Tobben, Hohn, les résultats suivants (en injection intrarachidienne):

Krohne, 22 cas: 6 décès;

Lévy, 41 cas: 5 décès;

Holm, 41 cas: 5 décès;

Tobben, 1907, 29 cas: 10 décès et en 1908, 15 cas: 1 décès.

Total: 148 cas, 27 décès — 18,2 p. 100.

En France, il est arrivé à ma connaissance que, au moment où ces lignes sont écrites, 196 cas (publiés et inédits), ont été traités par le sérum que j'ai préparé.

Ces 196 cas ont donné 31 décès. A la manière des auteurs précédents, on peut légitimement défalquer 12 cas ayant porté sur des moribonds, injectés *in extremis*. Donc:

Mortalité brute: 31 décès: 15.86 p. 100.

Mortalité nette: 18 décès: 10.32 p. 100.

Or la moyenne de la léthalité des malades traités sans sérum en France, durant les premiers mois de 1909, peut être évaluée de 65 à 75 p. 100.

Donc, à la suite des injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococcique, la mortalité est incontestablement diminuée. Encore élevée dans le très jeune âge, chez les enfants au-dessous d'un an, elle est incomparablement réduite pour l'âge adulte.

L'étude des symptômes observés à l'occasion de chaque cas particulier manifeste encore hautement l'action du sérum.

II. — EFFETS OBSERVÉS DANS CHAQUE CAS PARTICULIER

Ils portent sur l'atténuation des symptômes, le changement d'aspect du liquide céphalo-rachidien, la diminution de la durée de la maladie, la rareté des séquelles.

a) *Atténuation des symptômes.* Les injections de sérum amènent habituellement en 24 heures, parfois en quelques heures, un changement complet dans l'état du malade. Les phénomènes commateux, la céphalée, les vomissements, l'insomnie, sont les premiers symptômes qui s'atténuent puis disparaissent.

L'état général s'améliore parallèlement: le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit; la raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, le signe de Kernig, persistent plus longtemps. La fièvre peut s'abaisser rapidement et tomber à la normale le lendemain de l'injection; sa chute peut aussi s'effectuer en lysis.

Telle est, dans son ensemble, la marche habituelle de l'amélioration produite. Mais il arrive que, même après plusieurs injections, celle-ci soit pour ainsi dire dissociée: on voit ainsi la température persister plusieurs jours, s'élever même, alors que les autres symptômes s'atténuent. Ou bien tous les symptômes disparaissent, y compris la fièvre, alors que l'état général reste précaire; autant d'indications utiles pour de nouvelles interventions.

Le retour rapide à l'état normal du liquide céphalo-rachidien doit être particulièrement signalé: il redevient clair, de trouble qu'il était; les polynucléaires diminuent de nombre, en même temps que leur aspect pyroïde s'efface; les méningocoques disparaissent progressivement; enfin la formule devient seulement lymphocytaire.

La rétrocession de ces divers phénomènes est assez saisissante pour faire admettre l'efficacité du sérum. Néanmoins, il est juste d'ajouter que l'amélioration ne se produit pas toujours d'une façon nette. Il est des cas où elle s'effectue lentement; enfin il en est d'autres où l'atteinte est particulièrement grave,

et où le sérum paraît ne provoquer aucune action bienfaisante: il s'agit alors de formes septicémiques, ou hypertoxiques se révélant par l'existence de pétéchies abondantes; ou bien ce sont des méningites où la corticalité paraît intéressée, où les lésions paraissent moins accessibles à l'action du sérum; ou bien le méningocoque infectant présente quelques variations biologiques le rendant plus résistant à l'égard du sérum, dont la polyvalence doit donc être recherchée le plus possible.

Dans les cas qui grérissent, la durée de la maladie est, d'une façon générale, beaucoup plus réduite qu'avec les traitements usuels.

Enfin, les séquelles, si fréquentes avant le traitement sérothérapique, peuvent être, grâce à ce dernier, considérées comme exceptionnelles.

Mode d'emploi... Doses.

L'injection sous-cutanée est inefficace. — Le sérum doit être introduit dans la *carité rachidienne*, après ponction lombaire. Cette dernière doit évacuer au moins autant de liquide céphalo-rachidien qu'on veut injecter de sérum, sous peine de produire des accidents de compression. Il est même préférable de retirer une quantité de liquide supérieure (1).

Le sérum doit être tiédi à 38 ou 40° avant de l'injecter.

L'injection doit être poussée lentement. Enfin, une fois qu'elle est terminée, il faut placer le malade pendant plusieurs heures le bassin plus élevé que la tête pour que le sérum puisse plus aisément diffuser jusqu'aux méninges cérébrales. Cette précaution est indispensable.

Pour un enfant de moins d'un an, on peut injecter 10 cc. de sérum; pour les enfants plus âgés, 10 à 20 cc.; pour les adultes 20, 30, 40 cc.

Souvent les injections doivent être répétées quotidiennement jusqu'à ce que la fièvre et les symptômes primordiaux aient disparu. Dunn, Netter, conseillent même de les répéter systématiquement 2 ou 4 jours de suite dans tous les cas, dans le but d'éviter les rechutes possibles. Si une rechute se produit, il ne faut pas hésiter à recommencer le traitement comme à la première atteinte.

On peut encore, dans certaines complications, utiliser le sérum

en application locale (affections oculaires, arthrites suppurées); sous son influence, elles s'améliorent rapidement.

L'action du sérum antiméningococcique est d'autant plus efficace qu'il est employé à une période plus rapprochée du début de la maladie. Aussi importe-t-il au plus haut point d'établir rapidement le diagnostic.

Les grands symptômes cliniques l'imposent habituellement; mais à côté des formes classiques, il faut compter avec des formes anormales, frustes, voire même ambulatoires, pour lesquelles le diagnostic n'est guère possible sans l'intervention de la *ponction lombaire*.

Celle-ci montre le plus souvent un liquide louche ou seulement opalescent; mais cette seule constatation n'est pas suffisante, car la méningite peut être causée par des germes autres que le méningocoque. Puis, exceptionnellement il est vrai, dans les premières heures de l'affection, le liquide céphalo-rachidien peut être clair et dérouter ainsi le praticien.

L'aspect du liquide est donc incapable, à lui seul, d'établir un diagnostic sûr; il y a lieu de le soumettre à l'*examen bactériologique*. Il faudra donc pratiquer:

1° *L'examen microscopique direct*. Après étalement sur lame et coloration d'une parcelle provenant du culot de centrifugation, on constate la présence d'un *coccus en grain de café*, décoloré par le Gram *intra* ou *extracellulaire*. Ce germe peut être du méningocoque. On ne saurait rigoureusement l'affirmer par ces seuls caractères, car de nombreux pseudo-méningocoques présentent le même aspect.

Il arrive aussi que l'examen le plus minutieux ne permet de déceler aucun germe;

2° Quelle qu'ait été la constatation précédente, il y a lieu de pratiquer la *culture* du liquide céphalo-rachidien centrifugé. On ensemence sur gélose-ascite de préférence; après 24 heures de séjour à l'étuve, on examine les colonies qui ont poussé; pour affirmer qu'il s'agit de méningocoque, il importe de leur faire subir les épreuves d'*agglutination* et de la *fermentation des sucres*, seules capables de le différencier des germes similaires.

Mais dans 1/3 ou 1/4 des cas, la culture reste stérile, bien qu'il s'agisse du méningocoque. Ou bien, on décèle un germe qui lui est étranger, mais lui est associé, le méningocoque ayant rapidement disparu du liquide céphalo-rachidien.

En ce cas il y a lieu de rechercher :

a) Le pouvoir agglutinant spécifique du sérum du malade sur un méningocoque conservé au laboratoire ;

b) La présence possible du méningocoque dans le rhino-pharynx du sujet atteint ;

c) MM. Vincent et Bellot ont récemment montré que l'addition d'une goutte de sérum antiméningococcique (non chauffé) à 100 gouttes de liquide céphalo-rachidien centrifugé jusqu'à limpidité complète, provoque la formation d'un trouble plus ou moins abondant après 8 à 15 heures de séjour à l'étuve, si le méningocoque est en cause. Cette précipito-réaction est négative s'il s'agit de méningites d'autre nature.

Dans nombre de cas où l'examen direct et les cultures avaient montré l'absence de méningocoques, ce procédé a permis rapidement d'établir qu'il s'agissait cependant du germe en question. A cet égard, il est donc appelé à rendre de grands services à la clinique et à la thérapeutique. Mais il faut savoir aussi qu'en certains cas, comme pour toute réaction biologique, cette précipito-réaction peut n'être pas infaillible.

1 Parfois le liquide céphalo-rachidien, non additionné de sérum (tube de contrôle), peut se troubler au même titre qu'après addition de sérum. En pareil cas, elle est inutilisable ;

2 Le sérum antiméningococcique peut provoquer un précipité léger si la méningite est due au pneumocoque (Vincent et Bellot). Des expériences sur les extraits de germes analogues au méningocoque (*m. catarrhalis*, *dipl. flavus*, *dipl. crassus*) montrent l'existence de coprécipitines à côté des précipitines spécifiques ;

3 Enfin, la réaction peut faire défaut même si le méningocoque est en cause. Il est possible qu'en pareil cas le méningocoque soit un peu différent par ses propriétés biologiques du méningocoque type et que son extrait autolytique mélangé au sérum donne très peu de précipitines (Dopter).

Ces recherches, aussi simplifiées qu'on ait voulu les rendre, sont encore assez longues ; il serait imprudent souvent d'en attendre le résultat et de perdre ainsi un temps précieux pour commencer la sérothérapie ; aussi, voici la conduite qu'il y a lieu de tenir :

En présence d'un cas de méningite où la ponction lombaire

montre un liquide louche ou opalescent, injecter du sérum le plus tôt possible. Envoyer le liquide céphalo rachidien à un laboratoire voisin ; continuer ou cesser la sérothérapie suivant la réponse de ce dernier.

Si le liquide retiré est clair, mais les symptômes étant ceux d'une méningite cérébro-spinale avérée (surtout si l'on observe un milieu épidémique), suivre la même ligne de conduite.

ACTUALITES

M. LE PROF. DECOTRET

En ce temps de lutte où tous les esprits sont en ébullition, anxieux de donner à la ville de Montréal une administration municipale saine et honnête, une élection s'est faite, sans bruit, sans tapage, sans animosité ; élection qui intéresse particulièrement la profession médicale et le personnel enseignant tout spécialement et que nous jugeons d'une importance aussi considérable que celle aux charges honorifiques les plus enviées des citoyens.

En effet c'est samedi, le 29 janvier, que la Corporation de la Faculté de Médecine de Laval à Montréal, s'est réunie pour choisir un successeur à feu le Professeur L. B. Duvocher, membre de cette corporation.

Plusieurs candidats, tous bien qualifiés, ont attiré l'attention de la Faculté ; mais le choix presque unanime s'est porté sur M. E. A. René de Cotret, professeur de clinique obstétricale.

M. de Cotret avait sur ses loyaux adversaires l'avantage d'une qualification, qui a dû être prise en sérieuse considération : c'est qu'en 1896 il avait été nommé professeur adjoint d'obstétrique, après concours.

Deux autres professeurs, nommés après concours, font maintenant partie de la corporation, et il n'est que juste que cette raison ait été invoquée pour M. de Cotret, le dernier qui a subi l'épreuve du concours.

L'Union Médicale est particulièrement heureuse de présenter ses félicitations les plus sincères au nouveau titulaire, qu'elle compte depuis longtemps déjà au nombre de ses collaborateurs les plus actifs. Relativement jeune, travailleur infatigable, épris du

goût de l'enseignement, le Professeur de Cotret est une excellente recrue pour la Faculté, en ce moment où tout le programme d'enseignement doit être retouché pour satisfaire la nouvelle loi médicale.

Dès maintenant donc M. de Cotret siègera au *Sénat* de la profession médicale.

SOCIETES

ASSOCIATION MEDICALE DU DISTRICT D'OTTAWA

Réunion du 20 Janvier, à l'Hôtel-de-ville de Hull

Présidence du Dr EDMOND AUBRY.

La réunion régulière de l'Association Médicale du district d'Ottawa eut lieu à l'Hôtel de Ville de Hull, le 20 janvier, à 2 heures de l'après-midi.

Etaient présents : Messieurs les docteurs E. Aubry, J. Robillard, P. E. Marrier, S. Lafortune, R. Tassé, A. Aubry, E. Fontaine, — Lyster, J. Isabelle, U. Archambeault, R. Bélisle, E. Martin, A. Ouimet, J. Beaudin, W. J. Church, J.-E. d'Amours et le docteur Frs de Martigny, de Montréal, qui assistait à titre de conférencier.

M. le Président, au cours de son allocution, qui fut des plus heureuses, fait allusion au progrès de l'Association, félicite les confrères qui assistent en nombre à cette réunion, et présente à tous ses vœux de bonne année. Il insiste sur l'importance qu'il y a pour chacun des médecins, de prendre une part active à ces assemblées, dont le but est de promouvoir les intérêts scientifiques et professionnels, et annonce aux sociétaires qu'un projet depuis longtemps caressé par les membres de notre société, semble avoir fait un grand pas : " Nous ne pouvons, dit-il, laisser passer inaperçus les services nombreux que nous a rendus le Collège des Médecins en nous obtenant un Bureau Central d'examineurs, lequel étant constitué comme celui des autres provinces, ou à peu près, nous a mis sur un pied d'égalité suffisant avec elles, pour nous permettre d'entrer en négociation avec leurs bureaux médicaux respectifs touchant cette question de l'obtention de la licence interprovinciale, dont nous aurons peut-être le bonheur

“ de voir la réalisation sous peu. Notre Collège, après une étude attentive du projet de loi “ Roddick ”, et après avoir réussi à faire intercaler dans le texte de ce “ Bill ” divers amendements sauvegardant nos droits provinciaux, a jugé à propos de lui “ son approbation ”.

Vient ensuite cette question de l'érection d'un hôpital à Hull, dont plusieurs sociétaires sont anxieux d'entendre parler. Nous sommes heureux d'apprendre que dans dix mois à peu près, la chose sera réalisée. L'édifice sera alors ouvert au public.

Immédiatement après la lecture du procès-verbal, au cours duquel il est fait allusion à un vœu émis par l'Association dans une précédente réunion, relativement à la formation d'une ligue antituberculeuse dans notre ville, M. le docteur U. Archangeault, demande à M. le Président, de vouloir bien lui dire si l'intention de la Société est de voir à la réalisation de ce vœu. Il suggère au Comité destiné à travailler à la création de cette ligue de lui donner le nom de ligue antituberculeuse et ant-alcoolique, et de faire marcher de pair les deux mouvements.

M. le Président répond que pour le moment l'attention est concentrée sur le projet de construction de l'hôpital, et qu'il se fera un devoir de satisfaire à notre désir dès l'an prochain.

Proposé par le docteur U. Archangeault, et secondé par les docteurs A. Ouimet et S. Lafortune, que le docteur E. Martin, de Hull, diplômé de l'Université Laval de Québec, et dûment licencié pour la pratique de la Médecine, soit agréé comme membre actif de notre Association. — Accepté.

Proposé par Messieurs Marrier, Lafortune, Bélisle et Tassé, et secondé par Messieurs Lyster, Ouimet et Beaudin, que l'ordre des travaux du jour soit changé, afin de nous permettre d'entendre immédiatement le travail de notre invité, M. le docteur Frs de Martigny, qu'un message spécial mande à Montréal. — Accepté.

M. le docteur de Martigny parle du traitement médical des salpingites. Cette lecture du distingué conférencier attire tout particulièrement l'attention des membres présents, et l'Association croit opportun de prier l'auteur de vouloir bien lui permettre de la faire tirer à quelques douzaines d'exemplaires qu'elle fera distribuer à tous les médecins du district. Une résolution, dans ce sens, proposée par messieurs Robillard, Archangeault, Ouimet,

et secondée par messieurs Church, Aubry, Tassé et Beaudin, ayant été acceptée, le secrétaire est autorisé à prélever, sur les fonds de l'Association, le coût de telle impression.

M. Martigny, ayant encore quelques minutes à sa disposition, accepte de nous donner quelques explications touchant les dernières réformes opérées par le Bureau Médical, et qui furent accueillies si favorablement par les médecins de ce district. Nous sommes heureux de constater que M. de Martigny ne diffère nullement d'opinion avec nous sous ce rapport. Il croit, en effet, que les amendements proposés par notre Collège et acceptés par la conférence interprovinciale, lors de la réunion qui eut lieu au Windsor, en octobre dernier, sauvegardent absolument tous nos droits et notre autonomie en matière d'instruction secondaire.

Le secrétaire fait aussi l'historique de la question et dit aux sociétaires qu'il ne doute pas que le docteur A. LeSage même, qui semble (s'il faut en juger par l'expression d'opinion donnée dans un récent article publié dans l'Union Médicale), être en garde, *comme nous l'étions* de prime abord, contre plusieurs clauses du " Bill Roddick ", ne tarde pas à lui donner son approbation dès qu'il connaîtra les amendements qui le modifient du tout au tout et le rendent acceptable.

Proposé par Messieurs Bélisle, Robillard et Ouinet, secondé par Messieurs Church et Tassé, que des félicitations soient instamment adressées au Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, lequel, en adoptant le " Bill Roddick " tel qu'amendé, a prouvé de toute évidence, qu'il a à cœur l'avancement du corps médical de cette province. — Adopté.

Proposé par Messieurs Church, Robillard et A. Aubry, secondé par Messieurs Archambeault, Bélisle et Tassé, que l'Association Médicale du district d'Ottawa prie son représentant actuel, M. le docteur J. E. d'Amours, de vouloir bien accepter d'être son candidat lors de l'élection prochaine, au poste de gouverneur du Collège des Médecins. — Adopté.

MM. E. Aubry et J. Robillard, proposent qu'un vote de condoléances soit présenté à la famille du Dr J. Metcalf, ex-vice-président de notre Société, que la mort vient de nous ravir. . . .

L'Association qui progresse, qui grandit toujours, a eu, chaque année, à pleurer la mort d'un sociétaire: Larue, Paquette, Neil, Prossoit, Metcalf ne sont plus. . . .

Avec nous ils ont vécu, avec nous ils ont travaillé. Ils furent des amis sincères que nous regrettons vivement. . . .

Quelques sociétaires ayant manifesté le désir de nommer une commission spéciale dont ferait partie tous les médecins de la ville de Hull, avec mission d'étudier quel serait le meilleur moyen de fournir une eau potable pour l'alimentation de la population, M. le docteur Beaudin, médecin sanitaire de la ville, intervient et s'oppose à ce que l'on fasse une pareille enquête, alors que le rapport des analystes a prouvé, dit-il, que cette eau est potable.

MM. Robillard et d'Amours répondent au nom du Comité de Régie que ce dernier s'oppose à ce que l'on intervienne dans cette question qui relève de l'initiative du Bureau d'Hygiène de Hull. L'Association croit que ce serait outrepasser ses droits que de s'immiscer ainsi à ces questions sans y être invitée par les contribuables de la ville ou au moins par leurs représentants.

M. E. Aubry. — Est-il permis de pratiquer à forfait, d'accepter l'abonnement de \$1.00 par membre qu'offrent certaines compagnies d'assurance ?

Le Secrétaire. — L'article XII du code de discipline de notre Association condamne pleinement la chose. . . : " Il est considéré comme dérogatoire à l'honneur professionnel de pratiquer à forfait et d'accepter de traiter des clients moyennant un abonnement ".

M. A. Ouimet. — 1° Un médecin occupant une charge officielle pour laquelle il reçoit une rémunération fixe du gouvernement fédéral a-t-il le droit de pratiquer ; 2° Un médecin peut-il, sans déroger à l'honneur professionnel, mépriser ou déprécier son confrère. . . ?

Le Secrétaire. — Vous obtiendrez une réponse à la question, en vous adressant à M. le Régistrare du Collège des Médecins, demeurant au No 55, rue St-François-Xavier, Montréal.

En réponse à votre deuxième question, je dois vous citer une clause de notre code de discipline qui dit : " La plus grande infamie que puisse commettre un médecin est de déprécier son confrère ".

Proposé par M. Bélisle, secondé par Messieurs Tassé, A. Aubry et E. Fontaine, que Messieurs Edouard Martin et S. Lafortune

soient choisis comme conférenciers pour la prochaine réunion. — Accepté.

Proposé par M. Marrier et secondé par M. Martin, que la prochaine réunion ait lieu à Fassett. Cette question est référée au Comité de Régie, qui décidera en temps et lieu suivant l'habitude suivie jusqu'ici, du lieu, et de la date précise.

Après avoir voté des remerciements au Maire de Hull M. le Dr E. Fontaine qui nous a octroyé gratuitement l'usage de ses salles pour nos délibérations, la séance fut levée.

Le Secrétaire,

J. E. D'AMOURS, M. D.

Papineauville,, P. Q.

P. S. — Je ne puis laisser passer cette occasion, M. le Directeur, sans remercier cordialement mes confrères pour l'acte de courtoisie dont ils ont fait preuve vis-à-vis de moi, au cours de cette réunion, en me choisissant de nouveau comme candidat au poste de gouverneur du Collège des Médecins à l'élection qui aura lieu au cours de cette année.

Cette marque toute spontanée, d'approbation de leur part, m'a réellement touché, et je tiens à exprimer à tous, mes meilleurs sentiments de gratitude.

J. E. D'AMOURS, M. D.

NOUVELLES

HONNEUR AUX NOTRES

Décidément, si l'on peut en juger par le résultat des dernières élections municipales, la profession médicale jouit encore de la confiance et de l'estime du peuple.

Cela nous console et nous rassure, car nous commençons à douter de l'influence et du prestige de la profession médicale à l'Hôtel-de-Ville, où toute opinion collective de la part des médecins passait comme lettre morte.

Cinq des nôtres viennent donc d'être sollicités par le suffrage populaire de mettre leurs talents au bénéfice de la société pour le bon fonctionnement de notre gouvernement municipal.

MAIRE

M. LE PROFESSEUR GUERIN, membre de la Faculté, professeur de clinique médicale, président du bureau médical de l'Hôtel-Dieu, occupe maintenant le fauteuil honorifique, mais plein de responsabilités, de premier magistrat de notre ville.

Très sympathique, jouissant de l'estime de toutes les classes, qu'il a vues défiler à l'Hôtel-Dieu depuis vingt-cinq ans ; ancien député, ancien ministre, habitué à diriger les procédures parlementaires de différentes corporation ; manient aussi facilement, l'une que l'autre, les deux langues officielles ; très digne, d'un physique prestant, M. Guerin sera un maire décoratif, très représentatif, qui fera honneur à la ville de Montréal et à la profession médicale en particulier.

CONTROLEUR

M. LE PROFESSEUR E. P. LACHAPELLE, doyen de la Faculté de médecine, président du bureau d'hygiène provinciale, est intéressé, comme administrateur, dans plusieurs institutions financières. En outre donc des qualités d'homme d'affaires, requises pour un *contrôleur* de la ville, il est doublé d'un hygiéniste consommé. Cette qualité précieuse sera spécialement appréciée des citoyens de Montréal, en ce moment où tout est à édifier au point de vue sanitaire. En plus nous connaissons M. Lachapelle comme un meneur d'hommes et d'entreprises sérieuses.

ECHEVINS

Ces deux professeurs seront secondés au conseil municipal de l'appui éclairé de trois distingués collègues : M. J. P. ROUX, médecin de l'Hôtel-Dieu ; M. J. H. GARCEAU et M. O. H. LETOURNEAU. Ces trois excellents praticiens jouissent d'une popularité méritée.

Nous sommes assurés qu'avec de tels représentants au conseil municipal, l'hygiène ne sera pas un vain mot et qu'on lui apportera toute l'attention nécessaire.

Quand il s'agira de la nomination d'un fonctionnaire médical ou de l'adoption d'une mesure hygiénique ou para-médicale, nous

espérons que les autorités compétentes (telles que : Universités, Sociétés Médicales), seront consultées.

Finis le règne où les nominations importantes, de médecins analystes, inspecteurs, etc., étaient faites par des gens, bien intentionnés je veux bien le croire, mais dépourvus de toute compétence.

L'Union Médicale est heureuse de présenter ses félicitations aux nouveaux élus, car l'honneur qu'on vient de leur conférer rejaille sur toute la profession médicale.

Z. RHÉAUME.

SHERIF

Le docteur L. J. LEMIEUX vient d'être nommé Shérif du district de Montréal par le Gouvernement de Québec.

Décidément, les médecins ont non-seulement la confiance du public, mais aussi celle des gouvernements.

Nous regrettons que notre confrère et collègue abandonne les rangs de la belle profession qu'il a toujours représentée avec honneur dans toutes les occasions où il a parlé et agi en son nom, mais nous sommes heureux de le féliciter du poste de confiance auquel il vient d'être appelé.

Tout à tour élève studieux et bon camarade, médecin averti toujours à l'afflux du nouveau, jouissant de l'estime du public et de ses confrères, député honnête et consciencieux, possédant la confiance de ses chefs, il s'est occupé surtout, sur le parquet de la Chambre, à part des questions d'intérêts professionnels, des deux grands problèmes vitaux qui passionnent les meilleurs esprits à l'heure actuelle : la *tuberculose* et l'*alcoolisme*, et il a réussi à y intéresser le Gouvernement.

Afin de rechercher les meilleurs moyens à prendre pour enrayer la marche envahissante de la tuberculose au Canada, le Dr Lemieux a fait nommer une Commission composée de médecins, qui devra aviser le gouvernement à cette fin.

Afin de diminuer les ravages exercés par l'alcoolisme, il a

travaillé à la réduction du nombre des licences. Et il y a réussi dans une certaine mesure.

Le Dr Lemieux peut donc assommer sans crainte les honneurs et les responsabilités de sa nouvelle charge.

Il en est digne à tous égards.

Nous espérons, néanmoins, qu'il consacrerà quelques loisirs à l'étude des questions vitales auxquelles il s'est toujours intéressé afin de conserver avec ses anciens confrères et collègues quelques-uns des liens qui unissent entre eux les médecins, comme les membres d'une même famille.

L'Union Médicale adresse au nouveau Shérif ses félicitations et les vœux les plus sincères.

A. L.

ANALYSES

MEDECINE

Erreurs de diagnostic à propos de vers intestinaux. dans *Journal de Méd. et Chir., prat.*, déc. 1909.

M. le Dr Baros (de Bussang) rappelle dans un travail publié par la *Revue médicale de l'Est* (n° 18) combien les ascarides lombricoïdes si fréquents dans l'intestin des adultes et des enfants surtout, peuvent donner naissance à toute une série d'accidents variés et de symptômes multiples et protéiformes simulant quantité de maladies. La littérature médicale abonde en exemples de ce genre et chaque médecin peut en citer des observations nombreuses. On ne peut que rappeler les fausses méningites, les fausses typhoïdes, les fausses coliques hépatiques, les hépatites suppurées; les cas de suffocation, d'obstruction intestinale, d'appendicite; les troubles d'innervation avec sensations anormales, vertiges, crises d'épilepsie et d'hystérie, hallucinations, désordres digestifs, salivation, diarrhée, palpitations, toux, dyspepsies, prurit nasal, altération des traits, etc., etc., dus à la présence de ces parasites. Mais M. Baros cite simplement deux observations: l'une a trait à un jeune homme, pris subitement de troubles cardiaques graves ayant fait penser à une affection de cet organe, alors qu'il ne s'agissait que d'ascarides lombricoïdes; l'autre se

rapporte à une fillette présentant des symptômes de gastro-entérite avec vomissements, diarrhée et expulsion par l'intestin d'une multitude de vésicules transparentes à membrane translucide, ovoïdes, effilées à l'une des extrémités ou aux deux, faisant croire à des œufs de vers intestinaux de forme bizarre dont l'examen microscopique seul révéla la nature.

Dans le premier cas, toute l'attention se concentra du côté de l'appareil cardio-pulmonaire qui donnait les plus grandes inquiétudes, car après une période fébrile, en même temps que le pouls se ralentissait à 43, la respiration se précipitait, atteignait 64 par minute, la température restant très basse. Or tous ces phénomènes disparurent dès le moment où le malade eut rendu un énorme ascaride.

Dans le second cas il s'agissait d'une fillette de 12 ans, atteinte de coliques, de diarrhée sanguinolente avec état général inquiétant et qui rendit dans les selles une quantité considérable de vésicules ovoïdes, arrondies à l'une de leurs extrémités, ressemblant à des grains d'orge très grossis, qui ont conservé leurs barbes, à liquide ci rin, transparent, clair, entourées d'une membrane mince et translucide.

Ces vésicules bizarres qu'on pouvait considérer comme des œufs furent soumises à M. le Dr Thiry, chef du laboratoire d'histoire naturelle de Nancy qui reconnut par un examen microscopique minutieux que ces vésicules, assez semblables à des échinorrynques, étaient simplement du parenchyme d'orange. Et de fait, l'enquête démontra que l'enfant avait mangé abondamment et goulûment des oranges dont la pulpe avait pris cette disposition singulière et que cette ingestion exagérée était la cause première des accidents gastro-intestinaux.

THERAPEUTIQUE

Sur le traitement des dyspepsies, (par le Prof. ALBERT ROBIN,) dans *Journal de Méd. et Chir. prat.*, Paris, 10 déc. 1909.

Si l'on se place au point de vue de la thérapeutique, on peut rattacher les dyspepsies à trois catégories principales: les dyspepsies hypersthéniques, les dyspepsies hyposthéniques, et les dyspepsies produites par les fermentations gastriques; et le fait de mettre la maladie dans l'une ou l'autre de ces catégories implique déjà l'orientation du traitement dans un certain sens. Toutefois, il faut tenir compte aussi, pour l'application de ce traitement de l'étiologie, de la dominante symptomatique, des retentissements

sur les organes voisins et aussi du mode réactionnel des sujets à traiter. Pour montrer comment on doit utiliser ces divers éléments pour le choix du traitement à appliquer, M. Robin a étudié les observations d'un certain nombre de malades du service, dont les uns déjà guéris, les autres en cours de traitement, présentent un grand intérêt pour la pratique.

La première est une femme de 40 ans, amaigrie, pâle, au teint terreux, souffrant beaucoup de l'estomac, mais ayant cependant bon appétit.

L'ingestion des aliments la calme, mais les douleurs reparaisent deux ou trois heures plus tard, douleurs constrictives accompagnées de régurgitations acides et même de vomiturations qui la soulagent.

Ces phénomènes sont plus marqués après le repas de midi. Mais, souvent, au milieu de la nuit, elle est prise de douleurs et d'une agitation violente, avec éructations, douleurs qui se calment après l'ingestion d'un verre de lait. Mais le matin, au réveil, elle est plus fatiguée que le soir.

L'estomac est distendu, sensible à la percussion, avec du clapotage; le foie est gros et on constate de la coprostase.

C'est là le tableau typique de la dyspepsie hypersthénique auquel s'ajoutaient des douleurs irradiées vers l'épaule et les cuisses. En outre, la langue était sale, et l'haleine était fétide, ce qui n'est pas habituel dans l'hypersthénie pure, et ce qui indiquait l'existence de fermentations gastriques secondaires.

L'analyse du contenu stomacal indiquait une hyperchlorhydrie considérable avec des acides de fermentation abondants et une digestion très incomplète de tous les aliments.

En présence de ces symptômes, la question était de savoir si on devait appliquer immédiatement le traitement sédatif qui comporte l'emploi du mélange suivant:

Teinture thébaïque.....	5 grammes
“ de belladonne.....	10 —
“ de jusquiame.....	5 —
Ergoline de Bonjean.....	2 —

Triturer et filtrer: X gouttes dans de l'eau, dix minutes après les principaux repas.

Avec ce mélange calmant on emploie aussi en pareil cas les poudres suivantes:

Hydrate de magnésie.....	} à à 8 grammes
Bicarbonate de soude.....	
Lactose.....	} à à 16 —
Carbonate de chaux.....	

Pour 24 paquets. Trois de ces paquets par jour : un après chaque repas.

Puis au moment de la crise, les poudres de saturation :

Hydrate de magnésie.....	1	gramme 60
Bicarbonate de soude.....	1	—
Lactose	2	—
Sous-nitrate de bismuth.....	}	à 0,80 centigr.
Craie préparée.....		
Codéine.....		1/2 à 1 centigr.

Pour un paquet à prendre délayé dans de l'eau au moment de la crise.

C'est là le traitement habituel de l'hypersthénie gastrique ; qui s'accompagne toujours d'hyperchlorhydrie ; mais en agissant ainsi, on ne pouvait pas remédier à la stagnation des aliments dans l'estomac, symptôme très important ici, et il était nécessaire de s'attaquer le plus tôt possible aux fermentations gastriques.

En pareil cas, on a donné beaucoup autrefois les antiseptiques et notamment le naphтол. Mais on a reconnu que ces substances, pour garder leurs propriétés antiseptiques, devaient être données à des doses fortes qui sont antiseptiques et nuisent à la sécrétion du suc gastrique ; et à dose faible, elles favorisent les fermentations.

Aussi le mieux, ici, pour remplir ce but est de provoquer l'évacuation de l'estomac. On peut y arriver par le lavage, mais il est plus facile et meilleur à tous les points de vue de donner un vomitif, tel que la poudre d'ipéca, à 1 gr. 50, en trois fois.

C'est ainsi qu'on a procédé chez cette malade. Dès le lendemain, elle a été soulagée et on a pu appliquer ensuite exactement le traitement sédatif basé sur l'emploi des teintures et des poudres, et dans ces conditions, elle a été guérie complètement au bout de douze jours.

— Une seconde malade est une jeune femme de 28 ans, souffrant de l'estomac depuis l'enfance, ayant été atteinte de chlorose à 15 ans, ayant eu peut-être des hématomèses et, en raison de ces douleurs persistantes, ayant subi une gastro-entérostomie, opération qui, ainsi qu'on le sait, a été préconisée dans certaines dyspepsies, mais qui, ici, n'a amené aucune amélioration. La malade est pâle, un peu bouffie, anorexique et vomit presque tout ce qu'elle prend. Pourtant, les douleurs ne sont pas très fortes, et l'apparence générale est plus satisfaisante que celle de la malade précédente.

Dans ce cas c'est l'hyposthénie qui domine avec fermentations

secondaires et l'analyse montre d'ailleurs une diminution notable de l'acide chlorhydrique.

Ici, on devra employer les stimulants, dont un des meilleurs est la strychnine. On peut employer une solution de trois centigrammes pour 300 grammes d'eau dont on donne une cuillerée à bouche au moment des repas. On peut employer encore les préparations qui agissent d'une façon analogue, comme la teinture de Baumé, l'élixir de Gendrin, etc., ou enfin une préparation saline comme la suivante :

Sulfate de potasse.....	} à 0,01 centig.
Azotate de potasse.....	
Poudre d'ipéca	0,01 à 0,02 centig.
Carbonate de chaux précipité ou poudre d'yeux d'écrivisses.....	0 gr. 10 centig.
Bicarbonate de soude.....	0 gr. 25 —

Pour un paquet, dont on prendra un paquet avant chacun des trois repas. Comme il y a fermentation, on saturera avec l'une des poudres indiquées plus haut. Mais il faut avant tout calmer les vomissements. Comme ils peuvent être dus à l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique, on peut y remédier avec la solution suivante :

Picrotoxine.....	0,05 centigr.
Chlorhydrate de morphine.....	0,05 —
Sulfate d'atropine... ..	0,01 —
Ergotine.....	1 gramme
Eau de laurier-cerise.....	12 grammes

On donne 5 gouttes de cette solution avant l'ingestion des aliments, et les vomissements de cette origine sont alors presque toujours arrêtés. C'est ce qui est arrivé dans ce cas ; mais les vomissements se sont reproduits dès qu'on a voulu reprendre une alimentation régulière et il est probable qu'on se trouve en présence d'un rétrécissement consécutif à l'opération chirurgicale, et on sera presque sûrement forcé de recourir à une nouvelle intervention.

— Une troisième malade se présente avec des troubles dyspeptiques peu accentués mais qui permettent de la placer immédiatement dans la catégorie des dyspeptiques avec fermentation gastrique. Elle ne se plaint que de gonflement, avec une dyspnée qui trouble même son sommeil, d'éruclations fréquentes et de céphalalgie au moment du réveil. C'est là un type de fermentation gastrique primitive, sans qu'il y ait encore hypersthénie; bien que l'analyse accuse un suc gastrique très acide et un gros chiffre

d'acides de fermentation. Pour remédier à cet état, il faut avant tout évacuer l'estomac, ce qu'on peut faire avec des vomitifs répétés deux ou trois fois, évacuer aussi l'intestin par l'huile de ricin, car il y a également une constipation opiniâtre. En veillant à cette déplétion, la malade guérira très vite en utilisant aussi les poudres de saturation.

-- Un quatrième malade est un homme âgé d'une cinquantaine d'années, ancien hyperchlorhydrique, souffrant depuis 12 ans, et éprouvant la douleur transfixiante, dite en broche. Il vomissait souvent après ses repas, mais les aliments provoquaient des crises douloureuses très violentes, surtout environ trois heures après le repas, et s'il vomissait alors, il éprouvait un certain soulagement. Ces particularités, et surtout la douleur en broche et l'époque tardive des crises douloureuses se trouvent surtout dans l'ulcère de l'estomac, et de fait, il eut une hématomérose il y a un mois.

En pareil cas, au point de vue thérapeutique, la présence certaine de l'ulcère de l'estomac l'emporte de beaucoup sur les autres accidents. C'est lui qu'il faut traiter avant tout, et pour cela il faut immobiliser l'estomac.

Il faut ensuite saturer le contenu gastrique pour éliminer toute cause d'acidité, vider l'intestin et assurer une alimentation suffisante pendant quelque temps par le rectum.

Pour cela, on donnera trois ou quatre fois par jour un lavement désaltérant avec 300 grammes d'eau, suivi deux heures après d'un lavement alimentaire. Les formules données pour les lavements sont nombreuses. M. Robin préconise la suivante qui réussit très bien.

On bat deux œufs avec 100 centimètres cubes d'une solution de glucose à 20 p. 100 et deux cuillerées de peptone liquide. Quand le mélange est bien fait, on y ajoute 1 gramme de pepsine, trois gouttes de laudanum et on le verse dans 250 centimètres cubes de bouillon de bœuf. On peut donner ces lavements toutes les trois ou quatre heures, mais rien pendant la nuit.

Au bout de quelques jours, si le malade paraissait s'affaiblir, on lui donnerait préalablement des poudres de saturation. Puis, on augmente progressivement la quantité pour arriver à trois litres par jour.

Ce malade est resté 12 jours au jeûne absolu, et il l'a très bien supporté. En général, neuf jours suffisent, et on est quelquefois obligé de cesser ce traitement prématurément, soit dans des cas de soif inextinguible, qu'on peut calmer avec de petits morceaux de glace, soit lorsqu'il y a hypothermie, soit encore lorsque la tension tombe au-dessous du chiffre 12.

Ici, aucun de ces accidents ne s'est produit, le jeûne a été très bien supporté et on peut être assuré qu'au bout d'un mois, le malade sera guéri d'accidents qui remontent à bien des années.

— Une autre malade est rentrée dans le service avec le diagnostic de carcinome de l'estomac, et de fait, elle en a présenté tous les symptômes, y compris le teint jaune, les douleurs, les hématomésés et la présence d'une tumeur tout à fait suspecte. Cependant, M. Robin considère cette femme seulement comme une vieille dyspeptique avec crises d'hyperchlorhydrie et hématomésés dues à un ulcère de l'estomac. C'est qu'en effet, outre qu'on peut invoquer contre cette hypothèse l'évolution de la maladie qui n'est guère celle du cancer, la tumeur présente cette particularité d'être horriblement douloureuse, ce qui n'est pas habituel dans ce dernier cas, et de plus elle a une forme allongée, comme boudinée, qui semble bien montrer qu'elle ne siège pas dans l'estomac lui-même, mais dans l'épiploon. Il s'agit donc très probablement d'une périgastrite consécutive à un ulcère de l'estomac, lequel s'est produit chez une très ancienne hyperchlorhydrique. Toutefois, l'examen du chimisme montre que l'acide chlorhydrique n'est plus en excès, et on se contentera de soumettre cette malade au régime lacté absolu. Si le lait n'était pas bien toléré, on ferait prendre après chaque prise un peu de pepsine, ce qui est un très bon procédé pour le faire supporter. Mais de plus, contre la périgastrite, on fera des applications de pointes de feu très nombreuses, mais très superficielles qu'on renouvellera très fréquemment.

Il est très probable que, sous l'influence de ce traitement, cette malade s'améliorera assez vite; cependant, M. Robin se demande si dans ce cas on ne peut soupçonner la syphilis gastrique dont il a suivi un certain nombre d'observations tout à fait analogues. Aussi, si l'amélioration ne se faisait pas d'une façon très nette, il la soumettrait au traitement, non par les injections d'huile, mais par le mélange d'iodure et de mercure qu'il emploie habituellement en pareil cas :

Biodure de mercure.....	0,20 centigr.
Iodure de potassium.....	20 grammes
Eau distillée.....	20 —
Sirop de pensées sauvages.....	160 —
Sirop simple.....	200 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

— Un sixième cas est relatif à une femme dont l'état a beaucoup d'analogie avec celui de l'homme dont il a été question plus

haut et on peut dire d'elle qu'elle est dans l'antichambre de l'ulcère gastrique. Elle est dyspeptique depuis très longtemps, a des crises très douloureuses et des vomissements acides deux fois par jour, et a une coprostase qui contribue à l'infecter.

Mais, de plus, elle est subictérique et a l'apparence cholémique, apparence dont il faut tenir grand compte, car ce teint particulier indique que chez elle, il faut non seulement traiter l'état gastrique, mais aussi l'état hépatique. Dans ce but, on lui donnera la préparation suivante :

Bicarbonat de soude.....	8 grammes
Sulfate de soude.....	4 —
Phosphate de soude.....	3 —

Pour un paquet (on peut augmenter ou diminuer la dose de sulfate de soude, s'il y a ou non constipation). On fait fondre ce mélange dans un litre d'eau bouillie. La solution se trouble, mais après l'avoir laissée reposer, on la décante et on en administre chaque jour, le matin, une dose de 100 grammes qu'on doit prendre tièdes et à petites gorgées. Contre les crises, la malade prendra la poudre de saturation.

— Un dernier cas est celui d'un peintre en bâtiment atteint de crises douloureuses qu'en raison de sa profession, on avait d'abord attribuées à la colique saturnine. Bien que les douleurs eussent leur siège à gauche, on avait pensé aussi à l'appendicite. Mais, il y avait chez cet homme distension du côlon descendant et une véritable apparence de sigmoïdite avec rétention fécale. C'est dans ces conditions qu'il a présenté des crises gastriques avec hyperchlorhydrie considérable et vomissements acides. Or, il faut savoir que des crises de ce genre, crises très violentes et très douloureuses et à forme aiguë peuvent se produire consécutivement à une constipation opiniâtre. Cette forme d'hyperchlorhydrie aiguë cède rapidement à l'évacuation de l'intestin, qu'on obtient en général par l'huile de ricin.

On voit par l'exposé très résumé de cette série d'observations les principales formes que peut prendre la dyspepsie, et les divers modes de traitement qui leur sont applicables, traitement qui d'ailleurs ne doit pas être univoque et doit être approprié aux cas si variés qui peuvent se présenter.

BIBLIOGRAPHIE

Éléments d'obstétrique, par le docteur V. WALLICH, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. *Deuxième édition.* Un vol. in-18 de 720 pages avec 135 figures intercalées dans le texte. Prix cartonné, 8 francs. Paris, 1910. G. Steinheil, éditeur, 2, Casimir-Delavigne.

Le petit livre de Wallich paru en 1907 a été vite épuisé. La seconde édition vient de paraître enrichie de mises au point nouvelles et surtout de nombreuses figures originales.

La nouveauté du plan conçu pour un enseignant consommé; la lumineuse clarté de l'exposé des seuls faits qui intéressent le praticien, l'abandon systématique des anciennes superfluités scolastiques, l'exactitude voulue des images, telles sont les principales caractéristiques de ce bon livre que Steinheil a su éditer sous une forme élégante et commode.

Ces éléments d'obstétrique méritent véritablement une place à part parmi les innombrables livres d'enseignement.

Écrit pour les étudiants qui ont tout à apprendre et pour lesquels aucun détail utile n'a été négligé, pour les praticiens et les sages-femmes qui souvent ont besoin d'un guide au milieu des difficultés de la pratique, ce livre a eu et gardera le succès des œuvres lentement mûries. — A. COUVELAIRE.

Cure radicale de la hernie inguinale, par le docteur J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Un vol. in-8 carré de 192 pages avec 53 figures. Prix, 3 fr. 50. Paris, 1910. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Ces leçons sur la cure radicale des hernies présentent sous une forme très concise toutes les indications cliniques urgentes pour mener à bien l'opération de la cure radicale. Elles devront servir de guide à tous ceux qu'intéresse l'opération.

C'est à la cure radicale de la *hernie inguinale* que ce livre surtout est consacré. Il montre une étude très précise pourquoi de nombreuses opérations donnent tant de récidives.

Il expose de la façon la plus claire la méthode de M. Lucas-Championnière. Cette méthode, trop souvent imparfaitement suivie, a donné malgré cela des résultats solides. Mais, bien exécutée, elle peut donner une sécurité complète, comme le montrent les plus anciennes statistiques de l'auteur.

M. Lucas-Championnière, qui a été l'initiateur de la cure radicale en France, a exposé sa méthode dans de nombreux livres et mémoires. Il la présente ici le plus nettement possible en aidant

la description d'une série de figures schématiques qui éclairent d'un jour parfait les détails les plus difficiles de sa technique.

M. Lucas-Championnière estime qu'avec les opérations insuffisantes, trop rapides, empruntant tout ou partie de la technique de Bassini, les récidives sont presque fatales.

En donnant au contraire des soins minutieux à l'opération, en suivant une technique très précise, utilisant des éléments très résistants et dont il a depuis de longues années étudié tous les détails nécessaires, la solidité des résultats est tellement assurée qu'il est facile de déterminer les cas très exceptionnels dans lesquels un hernie opérée peut être sujet à une récidive, que certains soins contribuent encore à prévenir.

Tous ces soins anté et post-opératoires relatifs à la sécurité et à la solidité de l'opération sont minutieusement exposés.

C'est un livre de clinique pure, sans développements théoriques inutiles, où les moindres détails de la pratique sont minutieusement développés.

Prétuberculose et mensurations de poitrine. — *Etude basée sur l'examen de 1,600 cas.* — 1 brochure de 32 pages, par le Docteur BOUREILLE, Directeur du Préventorium Anti-Tuberculeux du boulevard Garibaldi. MALOINE, Editeur, 25, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Le Docteur Bouraille a recherché dans cette étude la valeur des mensurations de la poitrine, dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. La faible amplitude pulmonaire est connue dans la tuberculose confirmée. C'est uniquement en vue d'éclairer le diagnostic si difficile de la *Prétuberculose* que le *Dr Bouraille* a étudié les mensurations thoraciques.

A cet effet il a mesuré près de 1,100 personnes, hommes et femmes, absolument sains.

Puis, il a soigneusement choisi, parmi les milliers d'observations tuberculeuses recueillies de 1902 à 1909, au *Préventorium anti-tuberculeux du boulevard Garibaldi*, celles qui ne concernaient que des anémiques, des suspects, des prétuberculeux. Il a ainsi recueilli près de 600 cas.

Cette étude, produite de 8 années d'observations, lui a permis de conclure de la façon suivante :

Les mensurations anatomiques de la poitrine (longueur du sternum, rapport du périmètre thoracique à la taille) auxquelles on a ajouté le rapport du poids à la taille, n'éclairent aucunement le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.

Au contraire, les mensurations physiologiques donnent des conclusions nettement affirmatives. Alors que les chiffres fournis par les mensurations anatomiques ne permettent aucune présomption en faveur de la tuberculose pulmonaire ; l'écart entre l'inspiration et l'expiration demeure *au-dessous de 5 centimètres* dans 87% des cas, chez les sujets *prédisposés*, et dans 3% seulement chez les sujets *sains*.

Par contre, on constate un *poids normal* chez 98 % des sujets *sains*, et chez 78% de *prédisposés* à la tuberculose, objets de cette étude. Les signes donnés par le poids de l'individu sont donc postérieurs à ceux donnés par l'étendue du champ respiratoire.

L'amaigrissement est un *signe de tuberculose* ; la diminution de l'amplitude respiratoire est un *signe de pré-tuberculose*.

L'auteur ne dit pas que le signe fourni par la mensuration physiologique de la poitrine suffit à lui seul à affirmer la tuberculose.

Il en fait un *signe très précoce et d'une très grande probabilité* qui, ajouté aux symptômes généraux constatés en tout début, doit faire pencher la balance en faveur de la tuberculose pulmonaire.

Se basant sur l'expérience et l'étude de très nombreuses observations, le *Dr Boureille* demande que les mensurations physiologiques de la poitrine comptent parmi les tout premiers signes de la pré-tuberculose pulmonaire.

INDEX DU PROGRES MEDICAL

Nous accusons réception du magnifique *Index du Progrès Médical*, 1909, 1910. Il suffit de parcourir ces pages pour se rendre compte de l'importance de cette publication et de la somme de travail que cela représente.

Nous remarquons, cependant, que les renseignements concernant l'Université Laval au Canada et l'organisation de l'enseignement dans les hôpitaux sont très incomplets et même erronés.

Nous nous ferons un devoir d'adresser de plus amples informations à notre éminent confrère, le *Dr Rouzand*, que nous remercions de son envoi.

Voici la préface du livre, qui est intéressante.

“ Il y a chez les médecins deux choses, dit Hippocrate dans la Loi, savoir et croire : savoir, c'est la science ; croire savoir, c'est l'ignorance ”. Nous ajouterons : savoir qu'on ne sait pas, c'est la conscience.

Or, à notre époque, l'étendue des connaissances médicales est si grande qu'il est impossible de tout savoir. Le médecin doit rester étudiant toute sa vie.

Si l'étudiant enrichit son esprit de choses nouvelles, le praticien doit chaque jour augmenter son bagage scientifique, perfectionner

ses connaissances techniques, modifier ses opinions sur beaucoup de points.

Le Journal médical joue un rôle considérable dans cette constante poursuite de la Perfection et de la Vérité ; il est le vulgarisateur des théories nouvelles et l'initiateur aux progrès techniques que réalise chaque jour l'art de guérir.

Mais en outre le Praticien d'aujourd'hui n'est plus uniquement le thérapeute d'autrefois : une législation touffue lui impose le rôle de protecteur de la santé publique et de conseiller technique. Il doit éclairer le législateur, guider la conscience du juge, armer parfois, dans l'intérêt de tous, le bras du pouvoir exécutif.

Pour bien remplir ce rôle important d'homme public, il faudrait aux médecins des connaissances infinies. Il n'en est pas qui sachent tout, rares sont ceux qui savent assez, trop nombreux sont ceux qui croient tout savoir ; mais la plupart ne demandent qu'à s'instruire.

Pour y parvenir sans perte de temps, il faut, au Médecin et à l'Étudiant, un guide. Il leur faut savoir à quelle porte frapper pour trouver tel enseignement spécial, pour suivre les leçons de tel ou tel maître. Il leur faut connaître la législation qui les régit ; il faut qu'on leur dise où ils pourront rencontrer un appui au cours de la lutte professionnelle, où ils pourront trouver un secours en cas de détresse.

Ce guide, l'Étudiant et le Praticien l'ont désormais dans cet INDEX, qui est le développement ou plutôt la transformation complète du *Numéro des Étudiants du Progrès Médical*.

Depuis plus de 35 ans, le *Numéro des Étudiants* jouit dans nos Écoles d'une véritable popularité.

L'esprit ingénieux de Bourneville, un maître en journalisme médical, en emprunta l'idée à la presse anglaise et dota le *Progrès Médical* d'un supplément analogue à celui que "The Lancet" publie à Londres sous le titre : "The Number of students", depuis plus d'un demi-siècle.

Le 1er novembre 1873, le premier *Numéro des Étudiants* réunissait en six pages l'annonce des cours de la Faculté et des travaux de l'École pratique, la liste des laboratoires et des amphithéâtres des hôpitaux, l'énumération des services hospitaliers ; suivaient quelques indications sur l'enseignement médical libre et les Sociétés savantes.

L'année suivante, le *Numéro des Étudiants* comprenait 8 pages ; dix ans plus tard, enrichi de notes sur l'enseignement de la médecine à l'étranger, il comptait 50 pages de texte. Vingt ans après, il formait une brochure de 60 pages.

En 1908, lors de la réorganisation du *Progrès Médical*, ce nu-

méro exceptionnel devenait un volume de 256 pages et prenait le titre de *Numéro des Etudiants et des Praticiens*.

Là paraissait devoir se borner la carrière de cette intéressante publication. Mais devant le succès, l'Administrateur du *Progrès Médical*, M. Rouzaud, ne voulut pas rester stationnaire, et cette année, il a su, par un véritable tour de force, éditer cet INDEX, qui compte plus de 1,000 pages.

L'Etudiant et le Médecin y trouveront tous les renseignements qui concernent de près ou de loin l'Enseignement et l'exercice de la médecine.

Dans une PREMIÈRE PARTIE, sont soigneusement colligés les lois, décrets et règlements universitaires ; un chapitre est consacré à la Faculté de Paris ; d'autres ont trait à la médecine militaire, navale et coloniale, à l'art dentaire, aux sages-femmes, aux Associations d'Etudiants ; puis viennent les hôpitaux parisiens, les Asiles d'aliénés ; une part importante est faite à l'enseignement libre, aux cours hors de la Faculté qui peuvent intéresser le médecin (Institut Pasteur, Sorbonne, Collège de France, Muséum, Ecole d'Anthropologie, etc., etc.).

L'Académie de médecine et les Sociétés savantes clôturent la première partie.

La SECONDE PARTIE est consacrée aux Facultés et aux Ecoles de Provinces et des Colonies.

La TROISIÈME PARTIE consiste dans la *Liste officielle* soigneusement vérifiée des Docteurs en médecine et chirurgie de Paris et de toute la France ; cette liste permettra de se mettre en garde contre les adresses de faux médecins.

La QUATRIÈME PARTIE, innovation heureuse, donne d'intéressants renseignements sur les Ecoles médicales du Monde entier.

La CINQUIÈME PARTIE, spécialement destinée aux Praticiens, comprend toute la Législation médicale et sanitaire ; elle réunit tous les renseignements professionnels nécessaires à ceux qui exercent la profession médicale : Sociétés d'assistance et de mutualité médicales, Syndicats médicaux, etc.

Les Eaux minérales françaises, qui mettent une apathie si surprenante à se faire connaître, malgré la concurrence redoutable des sources étrangères plus intelligemment exploitées, sont encore signalées dans l'Index. Une liste des maisons de santé, un catalogue bibliographique de toutes les publications médicales récentes, mille autres renseignements intéressants que nous ne pouvons tous citer, complètent ce volume unique.

Nous ne saurions douter du succès de pareille publication. Et nous ne savons si nous devons surtout féliciter M. A. Rouzaud du soin qu'il a mis à réunir et à contrôler lui-même autant de

documents intéressants ou d'avoir édité à un prix tellement modique une publication aussi élégante, aussi soignée et si précieusement utile à tout le Corps médical.

J. NOIR,
*Secrétaire général de l'Union des
 Syndicats médicaux de France.*

SUPPLEMENT

SANATORIUM BEAUCAGE, A OUTREMONT

Ce sanatorium est situé à Outremont, n° 520, rue Outremont, et contient plus de vingt-quatre chambres, parfaitement ensoleillées et ventilées ; toutes, sont munies d'un ameublement confortable pour les malades, avec sommier et lumière électrique ; un appareil de chauffage donne le degré de chaleur, tel que désiré.

L'isolement de cette maison, située au pied de la montagne, en plein air, offre tous les avantages d'une atmosphère pure et salubre. Il y a une salle d'opération ; et tous les médecins sont admis au traitement de leurs patients.

Les médecins désireux de se renseigner sur le site et l'état du local sont invités à ce sanatorium qu'ils pourront visiter dans tous ses détails.

Physiologie. — *Etude des toxicités des strophantines selon les voies d'administration.* Note de M. J. PÉDEBIDOU. (1)

En novembre 1887, M. Catillon a isolé du *Strophantus Kombé* un principe cristallisé en aiguilles, groupées en houppes comme les aigrettes des semences, qu'il démontra être un glucoside non azoté, la strophantine. Chez le lapin, en injections hypodermiques, il trouva la dose toxique égale à un demi-milligramme par kilogramme.

En décembre de la même année, M. Catillon retirait des semences d'une autre variété de *Strophantus*, le *S. glabre* ou *gratus*, un autre glucoside non azoté, cristallisé en belles lamelles quadrangulaires, transparentes, mesurant plusieurs millimètres, différant du premier par diverses autres propriétés physiques et chimiques, mais toxique pour le lapin à la même dose d'un demi-milligramme par kilogramme par la voie hypodermique.

Les propriétés physiologiques de ces deux substances ont été reconnues analogues.

M. Catillon a montré que le *Strophantus hispidus* ne fournit

(1) *Comptes-rendus de l'Académie de Science de Paris*, du 26 juillet 1909.

pas de strophantine cristallisée et que la strophantine amorphe, qu'il contient en proportion bien inférieure à celle du Kombé, est deux fois et demie moins toxique que la cristallisée : 1 mg d'amorphe équivaut à 4/10 de milligramme de cristallisée. Ce rapport est indispensable à connaître pour l'interprétation des formules allemandes, basées sur la strophantine amorphe, avec la dénomination de *strophantine* tout court.

On a employé soit la strophantine amorphe, soit la strophantine-onabaïne du *S. glaber* ou *gratus*, sous le nom de *strophantine cristallisée*, et toutes deux aux mêmes doses, ce qui pourrait expliquer une partie des accidents sans les expliquer tous.

Cette strophantine est chez le lapin 20 à 30 fois plus toxique par la voie musculaire que par l'estomac, et de 43 à 86 fois plus par la voie intraveineuse. S'il en est de même chez l'homme, il en résulte que 1 mg par la voie intraveineuse équivaut à plus de 400 granules administrés d'un coup par la voie buccale.

Les pigeons résistent mieux et plus longtemps, 3 heures au minimum, particulièrement par la voie buccale. La toxicité est pour eux de 32 à 42 fois plus forte par la voie intramusculaire que par l'estomac.

Au cours de ces expériences, la tolérance, par la voie stomacale et par la voie intramusculaire, s'est toujours montrée parfaite, même aux doses ultra-thérapeutiques. Ces doses élevées ont pu être répétées tous les deux jours et tous les jours, pendant 40 jours, sans effets d'accumulation, et tant qu'on n'atteignait pas la dose correspondant à 2 mg chez l'homme, en injection intramusculaire, les animaux engraisaient.

La méthode intraveineuse a provoqué la mort subite à dose infime chez le lapin, comme chez l'homme ; elle ne doit être, contrairement à l'opinion de quelques médecins allemands, qu'un moyen thérapeutique de rare exception. Elle peut être avantageusement remplacée par l'injection intramusculaire et surtout par la voie stomacale sous forme de granules d'extrait titré de *Strophantus* qu'on peut, en cas urgent, en cas de diurèse rebelle, prescrire, comme le faisait Potain, à la dose massive de 12 à 18 (douze à dix-huit) en un jour.

Depuis que ces expériences sont terminées, diverses publications ont eu lieu sur le même sujet. A la Société médicale des hôpitaux de Paris, 4 juin 1909, MM. Barié et Hirtz, traitant cette question des injections de strophantine, aboutissent à la même conclusion que nous : " Dans tous les cas, il est préférable d'avoir recours à l'extrait de *Strophantus* principalement sous forme de granules de Catillon dosées à 1 mg, dont la composition est fixe et qui répondent d'une façon parfaite à toutes les indications.. "

D'autre part, M. Maurel a présenté à la Société de Biologie une étude des toxicités de la digitaline selon les voies d'administration. En comparant ses résultats aux nôtres, nous voyons que la strophantine est plus toxique chez le lapin que la digitaline, tandis que chez le pigeon elle est sensiblement moins toxique que la digitaline par l'estomac et très peu plus par la voie intramusculaire.

(26 juillet 1909).

DES MEDICATIONS ET DES MEDICAMENTS

La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications, telle est l'idée que j'ai toujours suivie dans mes volumes de *CONSULTATIONS MEDICALES* ainsi le Dr H. HUCHARD dont le nom fait autorité en thérapeutique s'exprimait dans un article à propos du nombre toujours croissant de médicaments nouveaux.

C'est en effet par milliers que l'on compte les médicaments qui surgissent de toutes les fabriques et viennent s'entasser dans les officines des pharmaciens, les uns pour une durée, une vogue plus pour ne plus revoir le jour après leur naissance comme ces libellules dont la courte durée leur a valu le nom d'éphémères.

Les craintes et les hésitations que nous ont exprimées plusieurs de nos confrères ne sont que trop que justifiées. Assez nombreux sont en effet les médicaments nouveaux qu'on délaisse aujourd'hui parce qu'on a reconnu en eux une toxicité insoupçonnée dès le début.

Beaucoup de médecins expérimentés sont réfractaires à la plupart de ces nouveautés. On demandait un jour au professeur FOURNIER de Paris le syphiligraphe bien connu ce qu'il pensait des nouveaux médicaments pour le traitement de la blennorragie.

Ils peuvent être bons; répondit-il, mais pour moi je suis resté vieux jeu, j'emploie encore les anciens bien connus par leur efficacité, ils me donnent les meilleurs résultats.

C'est encore l'avis des Drs HUCHARD et FLESSINGER qui prétendent faire tenir la thérapeutique en vingt médicaments. Ce nombre de vingt est exagéré à dessein pour montrer combien peu de médicaments sont nécessaires.

Pour obvier à ces inconvénients plusieurs médications ont été préconisées, mais la meilleure de toutes assurément paraît être celle qui peut préserver du contact de l'iodure les parois de la muqueuse gastrique.

L'iodure de potassium a des avantages nombreux, mais il a aussi des inconvénients, par son action irritante sur les muqueuses.

Cette médication est aujourd'hui connue. Elle consiste à former autour de pilules fraîchement préparées une enveloppe spéciale qui ne se dissoudra que dans l'intestin, j'ai nommé la médication kératinisée; cette ingénieuse méthode du professeur Unna de Hambourg. On sait en effet que ce dermatologue réputé s'étant occupé tout spécialement des tissus épidermiques eut l'idée de les faire digérer dans la pepsine et à l'étuve modérément chauffée, réalisant ainsi les conditions de la digestion gastrique. Il en tira une substance qu'il dénomma kératine, laquelle était désormais insensible aux sucs peptiques de l'estomac et était capable de le traverser sans être altérée.

Cette méthode avait besoin d'être retouchée, perfectionnée, mise au point. C'est ce qui a été fait par un praticien en l'art de préparer les médicaments. Nous avons sous le nom de Pilules Kératinisées Philippe ou plus simplement sous le nom de Pilules Philippe à noyau intérieur formé d'iode, des pilules capables d'être ingérées sans provoquer des digestions pénibles ou ralenties et sans produire ces phénomènes ennuyeux qu'on décrit sous le nom d'*iodisme*.

La mise en pratique de cette méthode a pleinement confirmé les espérances, les vues des professeurs Unna de Hambourg et Gubler de Paris, car on trouve dans les écrits de ce dernier la description d'un procédé analogue. L'iode est admirablement supporté sous cette forme. Les nombreux désagréments qu'il suscite sont le plus souvent supprimés ou très notablement diminués. On peut ainsi en continuer l'usage aussi longtemps que le désirent les Drs HUCHARD et FIESSINGER. Pour ma part, je connais des artério-scléreux, des angineux qui prennent l'iode sous cette forme depuis deux ans, trois ans et sans en ressentir un inconvénient quelconque.

Mais l'iode n'est pas le seul médicament qui puisse bénéficier de cette médication kératinisée. Les sels de mercure, tels que le sublimé, le protoïode sont tout aussi pénibles à l'estomac et entravent les digestions stomacales, mais sous la forme indiquée ces désagréments sont supprimés. Il en est de même pour les cacodylates de soude ou de fer, pour l'arrhénal et les sels ferrugineux, etc. . . .

Cette médication kératinisée marque un progrès que nous croyons devoir signaler à nos confrères; elle leur rendra service en maintes circonstances embarrassantes, elle répond aux désirs exprimés bien des fois par d'éminents praticiens alarmés du flot montant et toujours grossi des médicaments nouveaux, eux aussi croient que la "thérapeutique est assez riche en médicaments et trop pauvre en médications".

DR DEBRETEUIL.