

PAGE

MANQUANTE

## Le Sanatorium, le Dispensaire et l'Hôpital spécial pour le traitement des tuberculeux (1)

*Par le Dr S.-A. Knopf, de New-York, prof. au New-York Post-Graduate Medical School and Hospital ; Directeur de la Clinique Pulmonaire et médecin chef du Riverside Sanatorium de la ville de New-York ; Médecin consultant des Sanatoria de St-Gabriels, Binghampton, Scranton, etc., aux Etats-Unis.*

M. le Président, Messieurs,

Trois sortes d'institutions sont non-seulement les plus importantes, mais encore absolument interdépendantes dans la lutte contre la tuberculose. Il faut parler tout d'abord du dispensaire. Au point de vue historique, le premier dispensaire, tel que nous le comprenons aujourd'hui, fut établi à Edimbourg, en 1887, par le Dr R.-W. Philip. C'est donc au Dr Philip qu'appartient l'honneur d'être le père des dispensaires pour tuberculeux. Après le Dr Philip, il faut rendre hommage au professeur Calmette de l'Institut Pasteur, de Lille, à qui l'on doit la création, en l'année 1900, du dispensaire antituberculeux Emile Roux, à Lille.

Mais c'est cependant six ans avant, en 1894, aux Etats-Unis, que le premier dispensaire privé pour le traitement des tuberculeux fut établi par le Dr Edward J. Bermingham. C'est enfin dix ans plus tard, en 1904, grâce aux efforts de mon maître et ami, le professeur Hermann M. Biggs, officier général Médical de la Cité de New-York, que fut établi dans cette ville le premier dispensaire municipal. J'ai l'honneur d'avoir été attaché pendant plusieurs années au dispensaire fondé par M. Bermingham, et d'être le directeur de la clinique municipale fondée par la ville de New-York, depuis son ouverture en mars 1904.

Il y a quelques années que l'idée de fonder des dispensaires pour tuberculeux semble avoir germé dans divers pays. Et à ce propos je suis fier de pouvoir citer pour les Etats-Unis les faits suivants : Nous avions en

1905 quinze dispensaires pour tuberculeux, et aujourd'hui, d'après la statistique fournie par M. Farrand, le Secrétaire de notre Association Antituberculeuse Nationale, nous avons en ce moment pas moins de 140 dispensaires antituberculeux, dont 85 établis seulement dans les derniers six mois.

Après ce court aperçu chronologique, permettez-moi de vous dire quelques mots sur le but d'un dispensaire, et je ne ferai d'ailleurs que répéter ici ce que je disais, il y a quelques années, dans un discours devant l'Académie de Médecine de New-York, sous le titre de "The Modern Tuberculosis Dispensary." Les buts à atteindre par un dispensaire pour tuberculeux sont donc les suivants :

1e. Le diagnostic précoce et certain de la tuberculose par tous les moyens physiques, bactériologiques, etc.

2e. Soigner les malades ambulants, leur donner les médicaments, les conseils hygiéniques et diététiques, leur enseigner verbalement et au moyen d'instructions imprimées les soins à prendre pour éviter l'infection des autres et d'éviter de se réinfecter eux-mêmes.

3e. Leur donner des crachoirs de poche, des médicaments, du lait et des œufs gratuitement.

4e. La visite et l'observation hebdomadaire des malades à leur domicile par des infirmières qui devront en faire le rapport au médecin traitant.

5e. Faire entrer les malades soit dans un sanatorium, soit dans un hôpital si le traitement ne peut pas se faire avantageusement au domicile du malade.

6e. L'examen physique de tous les enfants et des autres membres de la famille afin de reconnaître la contagion tuberculeuse le plus tôt possible pour mettre immédiatement le malade en traitement.

Grâce à une loi que nous possédons à New York, notre département d'hygiène publique (Board of Health) a le droit d'obliger un malade tuberculeux à entrer dans une de nos institutions hospitalières si d'après l'opinion du médecin traitant, le malade ne se trouve pas chez lui dans les conditions sanitaires suffisamment rigoureuses pour protéger les autres.

Cela vous intéressera peut-être d'apprendre que nous avons partagé en quelque sorte la ville de New-York, en districts dispensaires et que le chef clinique est en communication permanente avec le Secrétaire Général de l'Association de ces dispensaires antituberculeux. Un malade ne peut donc pas ainsi se servir de plusieurs dispensaires à la fois. Et de cette façon il ne peut recevoir des médicaments, des œufs et du lait que d'une seule source.

(1) Communication faite devant l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, réunis à Québec à l'occasion des fêtes du Troisième Centenaire du 20-23 juillet 1908.

D'autre part un malade qui demeure au bas de la ville ne peut pas être traité au dispensaire situé au haut de la ville. Nous évitons ainsi non seulement des dépenses inutiles, mais par ce système nous évitons surtout la multiplication des efforts.

Après le dispensaire vient l'hôpital spécial. Ainsi que je viens de vous le dire le dispensaire sert de centre distributif des malades dans les diverses autres institutions antituberculeuses : hôpitaux spéciaux et sanatoria. Comme nous l'avons vu, le dispensaire sert à soigner les malades ambulants et à leur donner les renseignements hygiéniques, diététiques et prophylactiques. Il donne en plus sans frais aux malades des crachoirs de poche, des médicaments, des œufs et du lait, tout cela pour obtenir la guérison certaine le plutôt possible.

L'hôpital spécial pour tuberculeux sert à recevoir les malades qui sont trop avancés pour le sanatorium. Cet hôpital sert à diminuer les foyers d'infection et de propagation de la tuberculose car il reçoit non seulement les malades avancés mais encore les malades qui constituent pour des raisons diverses un danger pour le voisinage.

Parmi les malades de l'hôpital spécial, qui de préférence devrait être situé non loin des centres populeux on peut choisir aussi des candidats pour le sanatorium car souvent un court séjour dans un tel endroit pour un tuberculeux peu avancé le prépare efficacement pour le traitement dans un sanatorium.

Au Congrès de la Tuberculose de Paris, il y a trois ans, il m'a été permis de parler de la mission Médicale et Sociale du Sanatorium pour Tuberculeux. Permettez moi, de vous répéter ici quelques phrases de ce discours, car mes convictions, à propos de l'importance du sanatorium, ont nullement changé depuis.

Le Sanatorium pour tuberculeux, tel que nous le voyons de nos jours, dans tous les pays civilisés, n'existe que depuis un demi-siècle. En 1839, Bodington de Warwickshire, en Angleterre, eut le premier l'idée de mettre les malades dans un établissement où ils trouveraient un traitement approprié : suralimentation, chambres aérées jour et nuit, etc., le tout sous la direction et la surveillance constante du médecin.

L'Allemagne doit son premier sanatorium à Brehmer, et les États-Unis à Trudeau. C'est à la France que revient l'honneur d'avoir construit le premier sanatorium pour enfants tuberculeux. Grâce à l'énergie infatigable et à la philanthropie de notre très regretté maître Grancher, la France tient aujourd'hui la première

place dans cette grande œuvre des sanatoria pour enfants.

Des volumes ont déjà été écrits sur la question des sanatoria pour adultes et enfants tuberculeux. Le temps limité mis à ma disposition ne me permettra qu'un court résumé de la question.

Tout danger de contagion disparaît avec l'entrée du tuberculeux dans le sanatorium et l'établissement offre au malade toutes les chances possibles de guérison. Ces résultats sont de 25 à 75% selon le genre de ces établissements, les uns recevant tous les malades, à quelque degré qu'ils soient, les autres ne recevant que les malades de date récente. Si la maladie est arrivée à une période avancée, le patient trouve le confort dans le sanatorium et il y est l'objet de tous les soins médicaux dont dispose la thérapeutique.

Le sanatorium enseigne que la phthisiophobie (peur exagérée de la présence d'un phthisique) est une injustice et une cruauté. Il prouve que les poitrinaires qui se soignent consciencieusement ne sont nullement à craindre et que le sanatorium pour poitrinaires n'est pas un danger pour le voisinage.

Toute cure possible est opérée dans le sanatorium et cela presque indépendamment de la question de climat, une fois retourné dans son foyer, le malade devient un bien pour son entourage, car son retour est la preuve qu'on guérit de la tuberculose.

Le pensionnaire du sanatorium apprend la nécessité et l'importance de l'air pur. Il comprend la valeur d'une nourriture simple et saine.

Les cures opérées dans les sanatoria pour enfants représentent une moyenne de 75%.

Il en résulte que nombre de pauvres êtres portant en eux le germe de la maladie et exposés à devenir difformes et estropiés, sont ainsi épargnés grâce aux sanatorias.

En dehors de la mission purement médicale du sanatorium ainsi résumée, voici sa mission sociale.

Dans le sanatorium se développent de hauts sentiments tels que la charité, la bienveillance, la compension. Le sanatorium combat l'alcoolisme comme maladie sociale. On y enseigne que l'alcool n'est pas un aliment, encore moins un remède pour le tuberculeux, et que cette croyance est une erreur pernicieuse.

Ceux qui ont mené une vie déréglée apprennent à se mieux conduire et ceux à qui l'éducation a manqué, peuvent en acquérir.

Dans plusieurs sanatoria populaires, par des conférences, des discours et des formations de Clubs, on

enseigne la Géographie, la Botanique, et d'autres sciences naturelles. On y enseigne surtout la nécessité de l'air pur et l'importance de la propreté ; et ainsi on parvient à prévenir du mal, non seulement de la tuberculose, mais de bien d'autres maladies encore, dues à une atmosphère viciée, à la malpropreté, au manque d'hygiène et aux habitations insalubres.

Les jeunes médecins servant au sanatorium en qualité d'aides-médecins s'y forment sous bien des rapports.

Ils deviennent très habiles en diagnostic et arrivent à reconnaître sûrement les premiers symptômes de la maladie. Le sanatorium enseigne en outre aux classes dirigeantes que l'ouvrier doit recevoir un salaire suffisant et qu'il doit habiter et travailler dans des maisons salubres.

Cette pensée a inspiré dernièrement en Amérique M. Phipps, qui a donné à la ville de New-York la somme d'UN MILLION de dollars pour la construction de maisons modernes, salubres pour l'ouvrier.

Le sanatorium enseigne encore que le surmenage est un mal pour l'adulte et que le travail de l'enfant est une cruauté.

Les Associations antituberculeuses, les dispensaires et les hôpitaux spéciaux, tous, ont une grande mission dans cette croisade contre une maladie si répandue. Mais, entre tous, le sanatorium a sûrement la plus grande mission. Il ne se borne pas à combattre la tuberculose parmi le peuple, il améliore le sort du peuple, et développe ses bons sentiments.

On a déjà fait beaucoup dans la guerre antituberculeuse dans tous les pays civilisés. Aux Etats-Unis nous pouvons compter déjà 162 associations antituberculeuses et le nombre des sanatorias aux Etats-Unis, qui en 1905 était seulement de 96, se trouve monté aujourd'hui à 184, et celui des dispensaires antituberculeux à 140.

Le Canada n'est pas resté en arrière dans cette lutte antituberculeuse. Selon des renseignements reçus de mes amis les Drs J. H. Elliott de Gravenhurst et Arthur J. Richer de Montréal, et des M. Moore, Secrétaire de l'Association Canadienne pour la Prévention de la Tuberculose, il se trouve à ce moment dans votre beau pays 38 associations, 12 sanatorias et 4 dispensaires.

Vous avez même quelque chose en plus, quelque chose d'unique qu'on ne trouve nul autre part. Vous avez à Ste-Agathe des Mont un Préventorium, c'est-à-dire, un établissement qui reçoit les malades seulement prédisposés à la tuberculose et où on les preserve contre le développement de la phthisie pulmonaire. Ce préven-

torium doit son existence aux efforts infatigables de M. le Dr Richer de Montréal et à la bienveillance et la générosité des dames de cette ville. Le préventorium est une conception canadienne et celle d'un Canadien, qui l'a construit dans votre pays, et vous pouvez être fier de lui.

Partout dans le monde civilisé on travaille contre ce fléau connu sous le nom de tuberculose. L'on a fait beaucoup, mais il y a encore beaucoup à faire.

Etablissons donc partout des associations antituberculeuses ayant pour but d'éduquer, d'instruire et de renseigner le peuple : bâtissons des dispensaires et des hôpitaux spéciaux ; surtout bâtissons partout des sanatorias où il en est besoin.

Mais n'oublions pas de garder un sentiment de profonde reconnaissance pour le grand nombre d'humbles praticiens qui nous ont aidé et nous aident encore avec désintéressement pour l'exécution de ces grandes entreprises. Eux, plus que personne, ont travaillé et travaillent à la solution du grand problème de la tuberculose. Exprimons aussi notre profonde reconnaissance et notre admiration pour tous ceux qui, en dehors de la profession médicale, ont contribué et contribuent à cette grande œuvre, en donnant leur argent, leur labeur, leur cœur et leur temps. Et c'est au sanatoria qu'est dû le mouvement si répandu aujourd'hui contre la tuberculose.

Une fusion salutaire s'est opérée ; le riche s'est trouvé rapproché du pauvre, le savant de l'ignorant ; la pitié a été éveillée dans le cœur de l'indifférent. Les femmes et les hommes de toutes conditions ont uni leurs efforts pour combattre l'ennemi commun. Un des plus beaux résultats dûs au sanatorium dans sa double mission médicale et sociale est bien celui de l'entente internationale. Les différentes nations se sont unies fraternellement dans la grande œuvre de la lutte contre la tuberculose. Cela ne fait-il pas pressentir l'aurore de la fraternité universelle.

Le Congrès International pour l'Etude de la Tuberculose, dont je suis un représentant, apporte à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, des salutations fraternelles et respectueuses et vous invite tous à vous joindre à nous dans les travaux du Congrès. Le Congrès aura lieu à Washington du 21 septembre au 12 octobre.

Nous espérons y voir en grand nombre et de tous les pays, des médecins ainsi que des hommes et des femmes non médecins, mais s'intéressant à la tuberculose comme maladie sociale. Mais nous espérons surtout y voir nos chers voisins, nos frères et nos sœurs du Canada, pour nous aider dans cette œuvre commune. Cette invitation bien entendu a déjà été adressé officiellement au Gouvernement Canadien, mais j'ai tenu à la reiterer ici.

Car pour combattre la tuberculose avec succès il est besoin de l'action commune de gouvernements sages, de médecins bien instruits et de peuples intelligents.

## Tuberculose Renale

PAR LE DR EUGÈNE SAINT-JACQUES

AGE

La tuberculose rénale, dont la symptomatologie clinique nous est aujourd'hui presque familière, n'est une entité pathologique bien définie que depuis quelques vingt-cinq ans. Il est vrai que Morgani en 1767 l'a signalée, que plus près de nous Bayle encore l'a mentionnée, mais il faut arriver au milieu du siècle dernier, à Rayer (1841), pour en avoir des aperçus quelque peu précis. Reconnaissons que les descriptions et les dessins qu'en donne Rayer, s'ils ne sont pas complets, ont au moins le grand mérite de présenter très clairement certains aspects de la question. Ce n'est cependant qu'avec les thèses de Durand-Fardel (1886), Cayla (1887), Coffin (1890), Vigneron (1892), du Pasquier (1894), les travaux de Lanceraux, Guyon et Tuffier en France, de Kuester, Israel et Kummel en Allemagne, ceux de Morris et Roberts en Angleterre, vers 1890, que nos notions sur la tuberculose rénale s'élargissent et se précisent. Depuis lors les travaux deviennent nombreux, le laboratoire s'ingénie à multiplier ses procédés d'expérimentation, nos méthodes de diagnostic s'améliorent, la clinique précise le mode opératoire, si bien que le temps semble venu de synthétiser ces notions que l'expérimentation et la clinique ont accumulées et d'en formuler les conclusions thérapeutiques.

### FRÉQUENCE

Et tout d'abord, la tuberculose rénale est-elle une affection fréquemment rencontrée ? Interrogeons les registres des salles d'autopsie. Sur 10,516 autopsies, Saxtorph trouve 547 cas de tuberculose génito-urinaire. Si l'on en défalque les cas où le rein n'était pas affecté, il reste un pourcentage d'environ 5 p.c. Sur 2,390 autopsies colligées au John Hopkins Hospital, 710 ont été portées au compte général de la tuberculose, dont 160 pour la tuberculose génito-urinaire. Tilden-Brown analyse 567 autopsies, trouve la tuberculose générale responsable de 68 mortalités et dans 23 de ces cas, les reins étaient affectés.

C'est donc dire que sur le total des mortalités pour causes variées, la tuberculose rénale figure dans 4% pour Tilden-Brown, 5% pour Saxtorph et 7% au John

Hopkins Hospital ; et que chez les tuberculeux de toutes variétés on trouve les reins affectés dans 23% (John Hopk. Hos) à 33% (Tilden-Brown) des cas.

Quant à l'âge, disons que si elle se rencontre de préférence entre 20 à 40, on l'a cependant notée très-tôt, dès la première année même. Témoin cet enfant de Lovett Morse qui né en excellente santé (9½ lbs) et de parents sains, n'en développe pas moins à 6 mois de la pyurie tuberculeuse. Le microscope et l'inoculation au cobaye prouvent la nature tuberculeuse de l'affection. Winternitz en signale deux cas à 7 mois, Luys à 6 ans.

Reconnaissons que ce sont là des exceptions, de même que les extrêmes de 2½ mois et 64 ans signalés par Morris et Tilden-Brown. Ajoutons pour préciser, que l'enfance manifeste de préférence la forme aiguë, tandis que la tuberculose rénale d'allure chronique se montre plutôt entre 20 et 40 ans.

### QUE DIRE DU SEXE ?

Les auteurs diffèrent ici. Si la majorité, dont est Guyon, la dit plus fréquente chez l'homme, par contre des autorités comme Israel l'affirment deux fois plus fréquente chez la femme, Kronlein trois fois même. Kummel pour 38 femme ne l'a rencontrée que chez 15 hommes et Tuffier que chez 14 contre 29 femmes.

Et maintenant, avant d'étudier les lésions anatomiques et les manifestations cliniques de la tuberculose rénale, recherchons par quelle voie le rein devient infecté. Nous n'avons pas à nous demander si le bacille trouve la porte d'entrée première par la muqueuse pulmonaire ou intestinale, mais bien comment il arrive au rein. Dans l'immense majorité des cas, l'infection se fait par voie sanguine. Peut-elle se faire de la vessie au rein, par ascension urétérale ? Disons de suite que la tuberculose primitive de la vessie est de la plus grande rareté. Et puis existerait-elle plus fréquemment, qu'il faut des conditions si spéciales pour que le bacille puisse monter de la vessie que nous comprenons pourquoi elle est presque niée. Kummel affirmait à la Soc. de Hambourg qu'elle n'existait pas ou que tout à fait par exception, déterminée alors par un cathétérisme urétéral infectant ou par stricture urétérale et rétention d'urine. On conçoit moins difficilement que la tuberculose puisse se propager par contiguïté lors de fonte caséuse des vertèbres ou de localisation de voisinage au péritoine ou aux colons : mais là encore rien ne prouve que la voie

sanguine ne doit être plutôt mise en cause. Tuffier semble d'ailleurs se rattacher à cette opinion, lorsqu'il dit : "quant à l'infection tuberculeuse d'origine périrénale, j'ai démontré que la capsule joue à l'égard du rein le rôle de barrière protectrice."

Ayant établi sa fréquence relative de 4 à 7% sur les mortalités générales ; l'âge où elle s'installe de préférence, chez l'enfant dans la forme aiguë, chez l'adolescent dans la forme chronique ; sa voie d'accès au rein, de préférence par la circulation, recherchons ses

#### LÉSIONS ANATOMIQUES

pour en déduire et les manifestations cliniques et les indications thérapeutiques.

La tuberculose rénale se présente à nous sous des formes multiples, quelques unes fort voisines des autres, se succédant parfois l'une à l'autre, mais qu'il est cependant possible de grouper sous CINQ chefs :

- I. La forme miliaire.
- II. Une forme nodulaire, à évolution caséuse aboutissant à la pyonéphrose.
- III. Une forme nodulaire, à évolution fibreuse.
- IV. Une forme totale, la dégénérescence massive.
- V. Enfin une forme polykystique.

#### I

##### LA FORME MILIAIRE

Ici l'affection rénale n'est qu'un épiphénomène d'un processus général qui touche tous les organes et les envahit avec une rapidité ne laissant pas d'espoir. L'infection est d'une virulence extrême et la bacillémie est cause de la généralisation. Cette forme affectionne l'enfance et semble toucher également les deux reins.

L'organe apparaît à la coupe criblé de petits points blancs jaunâtres, grains de sago minuscules, qui parfois se voient par transparence à travers la capsule (fig. IV). Ils ne sont pas ici disséminés au hasard, mais de préférence dans la substance corticale et le microscope les révèle au niveau des glomérules et suivant dans leur orientation striée la direction des vaisseaux : ce qui indique bien leur origine sanguine. Cette localisation spéciale des foyers miliaires a été bien mise en lumière par Cornil et Ranvier, Durand-Fardel, Casper, Bernard et Salomon, Golzt, Steiner. Rosenstein, dans des études microscopiques sérieuses portant sur 74 reins tuberculeux enlevés par le professeur Israel, dont 24 présentaient

le processus pathologique à ses débuts, a pu préciser cette localisation primitive glomérulaire de la forme miliaire. Dans cette variété de tuberculose, les microbes foisonnent pour ainsi dire, comme l'intensité et la généralisation de l'infection nous le laissent bien supposer de prime abord.

#### II

##### FORME NODULAIRE, A ÉVOLUTION CASÉUSE ABOUTISSANT A LA PYONÉPHROSE

Variété la plus commune, disons-nous, modalité qu'affectionne le processus tuberculeux entre 20 et 40 ans. Que dans cette forme d'allure généralement chronique, la lésion rénale primaire soit dans la zone corticale ou médullaire, l'accord ne semble pas encore fait entre les pathologistes : Baumgarten, Cornil et Ranvier, Walsh, Brault, Rosenstein, Buday, Akutsu, Ekehorn, Golzt, Illyes. Casper, Nitze, von Rheimer, Bernard et Salomon, Maretta, von Oppel, Steiner. Ainsi Rosentein veut qu'ici la localisation corticale soit au second plan, les foyers primitifs occupant de préférence la substance médullaire au voisinage de la voûte vasculaire pyramidale. L'expérimentation a conduit Bernard et Salomon à admettre un début cortical, périglomérulaire, et beaucoup plus rarement médullaire. Que les bacilles proviennent des glomérules, des capillaires intertubulaires ou restent incrustés dans les épithéliums des tubes contournés comme le veulent Brault et Baumgarten, à partir de ce moment la colonie microbienne se constitue et le tubercule s'étend excentriquement. L'on comprend d'ailleurs qu'il ne saurait y avoir de règles précises et que la localisation primitive puisse varier encore et débiter même au sommet d'une papille (Schmidt, Rosenstein) ou dans le bassinnet (Tuffier.)

Nous savons la formule histologique du tubercule. Au centre, avec le ou les bacilles de Koch une ou plusieurs cellules géantes, entourées d'une zone de cellules polygonales dites "épithélioïdes." bordées d'une ceinture de petites cellules inflammatoires. La conglomération de plusieurs tubercules constitue le follicule tuberculeux. (Fig. 1).

Suivre la transformation du tubercule lorsqu'il évolue vers la caséification, ne manque pas d'intérêt et fait comprendre les lésions de voisinage. Sous l'effet des toxines microbiennes et privées en plus d'apport d'éléments nutritifs du fait de l'artérite oblitérante si spéciale au processus tuberculeux, les cellules ne tardent pas à subir la dégénérescence granuleuse puis graisseuse et

avec la mort cellulaire le noyau perd ses propriétés chromophiles (fig. II). Dès lors le foyer primitif s'étend et s'il apparaissait d'abord sous une coloration foncée (fig. III), c'est bientôt un nodule blanc grisâtre (fig. IV et V), qui, de dur, est devenu ramolli. Avec l'extension du foyer et la fusion de nodules voisins, le processus qui tend vers le hile de l'organe ne tarde pas à gagner le bassinnet. Dès lors et pour peu que la dégénérescence caséuse soit marquée, le foyer s'y vide et nous avons là constituées ce que Tuffier a si bien appelé "la vomique et la caverne rénales," (fig. VI). Les contours en sont irréguliers, assez nettement définis par une bordure blanchâtre qui tranche généralement sur les tissus voisins, les parois sont recouvertes de fongosités qui égouttent leur pus mêlé à l'urine du bassinnet. Le microscope nous révèle un même état de chose qu'au poumon, une zone d'éléments mortifiés et de cellules géantes qu'entoure une

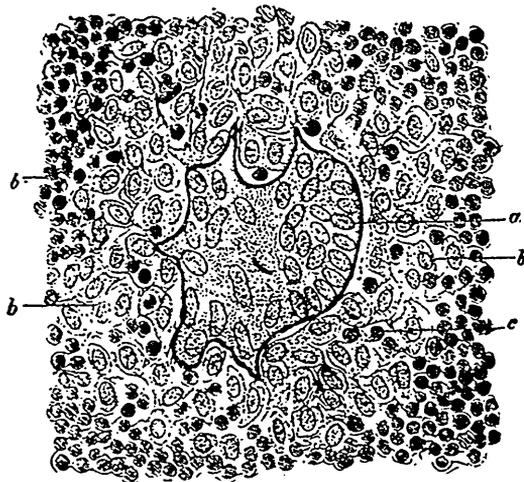


Fig. I.—Tubercule. Cellule géante, entourée de cellules épithélioïdes, bordées d'une zone de cellules dites inflammatoires.

réaction conjonctive variée. Les éléments épithélioïdes avoisinants présentent tous les stades de dégénérescence granulo-graisseuse et parfois amyloïde. Comme les foyers tuberculeux ne tardent pas à se multiplier, les cavernes se créent nombreuses et il arrive par fois que l'organe ne consiste plus qu'en une série de pochettes.

### III

#### FORME NODULAIRE FIBREUSE

Cette variété plutôt rare, semble une entité pathologique assez bien définie et qui se rapprocherait de cette modalité spéciale de tuberculose pulmonaire connue sous la rubrique de phtisie fibroïde. Ici la fonte n'existe pas,

l'élément bacillaire n'ayant donné lieu qu'à la formation d'un tissu conjonctif, plutôt dense, où les procédés de coloration révèlent avec les cellules géantes l'agent infectieux causal. Lecène, qui en rapportait un cas à la Soc. Anatomique de Paris (juin 1906), définissait ainsi sa formule histologique. "L'organe est à peine plus gros qu'à l'état normal. Il présente au pôle supérieur un gros nodule et disséminés un peu partout de petits tubercules. A la coupe, la substance corticale apparaît piquetée de granulations grisâtres, grosseur de tête d'épingle. Le microscope ne révèle dans la masse fibreuse du pôle supérieur qu'un tissu conjonctif très dense sans trace de parenchyme rénal normal. Quelques tubes à épithélium cylindrique haut, restants vraisemblables de tubes de Bel-

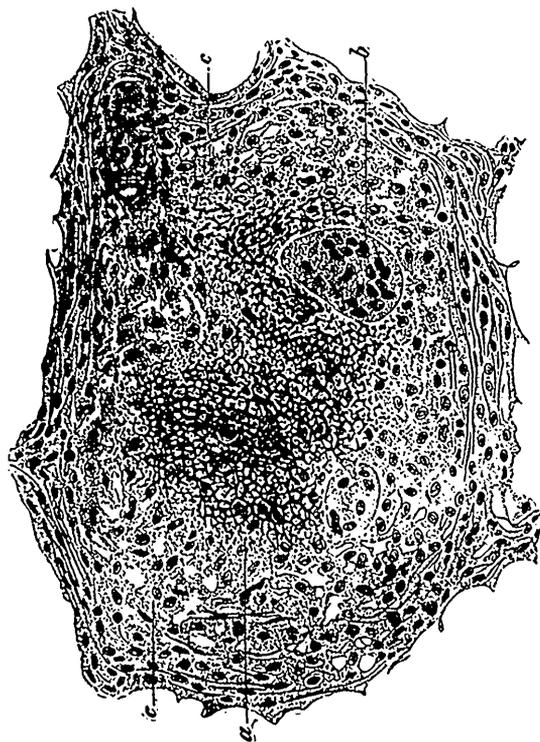


Fig. II.—Tubercule en dégénérescence caséuse. On y saisit encore des cellules géantes.

lini. Ça et là dans les mailles de ce tissu conjonctif presque cicatriciel, on aperçoit quelques follicules tuberculeux nets avec des cellules géantes. Sclérose rénale disséminée dans tout le parenchyme. Les tubercules, assez rares sont formés seulement de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Nulle part de foyer de caséification, même microscopique."

Il nous semble être témoin chez l'homme des résultats expérimentaux de Bernard et Salomon. D'ailleurs cette sclérose intense, sans tendance à la caséification et

de cause tuberculeuse, n'est pas une rareté pour l'œil des pathologistes. Lortat-Jacob et Sebareanu ne rapportaient-ils pas à la Soc. Anatomique de Paris (mars 1904) le cas d'un tuberculeux à réactions sclérosantes multiples avec altérations cardiaques des plus typiques. La valvule mitrale, d'un centimètre (sic) d'épaisseur présentait une dégénérescence fibro-calcaire massive, au milieu de laquelle on décela de nombreux bacilles.

Le rein de son côté présente donc parfois cette altération conjonctive intense, que l'observation clinique et l'expérimentation portent à classer, non comme réaction de guérison, mais dégénérescence pathologique.

IV

FORME TOTALE : DÉGÉNÉRESCENCE MASSIVE

Ici les altérations pathologiques sont à la fois massives et générales. L'organe est réduit à une poche représentée par la capsule, remplie d'une substance pâteuse, demi-fluide, véritable fonte des tissus, où l'on saisit de vagues débris des cloisons. Le bassinnet en est rempli et de ce fait l'uretère obstrué.

V

FORME POLYKYSTIQUE

Enfin, une dernière variété se rencontre encore, le rein tuberculeux polykystique, sur lequel Curtis et Carlier ont attiré l'attention. L'organe présente ici une conformation irrégulière et bosselée, et sur sa surface de section des logettes kystiques de toutes dimensions. Il s'agirait ici d'une lésion tuberculeuse à localisation primaire corticale, gagnant secondairement la zone médullaire et déterminant des transformations scléro-kystiques et épithéliales. Curtis et Carlier soutiennent que ces formations kystiques sont fonctions directes du processus tuberculeux.

Il est à se demander si le cas rapporté par Coenen à la Société Médicale de Berlin (juin 1907) ne contredirait pas cet avancé et ne montrerait pas plutôt l'infection tuberculeuse comme secondaire à la transformation kystique. Il s'agissait dans ce cas d'un enfant de trois ans présentant un énorme rein—10 pouces de long—qui fut enlevé. L'organe n'était plus qu'une masse de gros kystes, entre lesquels il ne restait plus trace de parenchyme rénal. Le contenu des kystes, de même que leurs parois, présentait de nombreux bacilles. Deux mois après l'opération, l'enfant était en parfaite santé.

Comme on le voit, le dernier mot n'est pas encore dit sur cette variété, dont il est peu d'exemples connus.

ÉVOLUTION DE LA TUBERCULEUSE RÉNALE AT LÉSIONS SECONDAIRES

Nous avons vu comment se constitue et se développe le foyer initial. L'évolution du processus tuberculeux dans ses différentes modalités ne va pas sans déterminer certaines altérations et troubles secondaires. Parmi les plus importantes, nous signalons :



Fig. III.—Foyers tuberculeux à leur début (d'après Tilden-Brown).

*La pyonéphrose.* Elle se rencontre dans la majorité des cas et s'explique par l'extension de la fonte caséuse jusqu'au calice, l'évacuation de la loge et la subsistance d'une pochette ouverte ou caverne, qui égoutte son pus dans le bassinnet.

*L'hydronéphrose.*, qui se rencontrera lorsque l'uretère, obstrué par les débris de la substance rénale en désagrégation ou par l'extension du processus tuberculeux, s'opposera plus ou moins complètement à l'évacuation des produits de sécrétion rénale. La dilatation gagnera le bassinnet et les calices, puis les canalicules et les cavernes tuberculeuses, pour en arriver finalement à transformer l'organe en une série de poches à contenu puru-

lent. L'organe peut ainsi arriver à quintupler ou plus son volume normal. (Fig. VIII.)

La *Périnéphrite*, si fréquente et généralement secondaire à l'infection rénale, se présente sous des formes variées. Tantôt c'est une transformation fibreuse de l'atmosphère graisseux, tantôt encore c'est un abcès froid, bien localisé, ailleurs c'est une vaste collection purulente, le phlegmon périrénal, que tous connaissent.

L'*urétérite*, complication habituelle de l'infection rénale et qui se fait par inoculation directe. Les lésions conjonctives de réaction déterminent une hypertrophie sténosante des couches de ce conduit. Sa muqueuse présente souvent un semis de tubercules, qui évoluent jusqu'à l'ulcération. (Fig. VI.)

rale graduelle, ici tapageuse, ailleurs insidieuse, la tuberculose rénale est essentiellement erratique dans sa marche. Aussi Tuffier a-t-il pu écrire avec raison qu'aucune affection rénale n'est plus fertile en erreurs de diagnostic.

La *pyurie* fera rarement défaut. Dans les formes miliaire et séleuse, on la conçoit absente. Mais dans la majorité des cas, elle apparaît tantôt comme premier symptôme qui attire l'attention du malade, tantôt tardivement et faisant suite à la douleur et aux hémorrhagies. Elle témoigne de la fonte caséuse et de l'ouverture du foyer dans le bassin. On conçoit facilement qu'elle sera d'autant plus abondante que plus nombreux seront les foyers. Chose singulière et non pas rare, elle

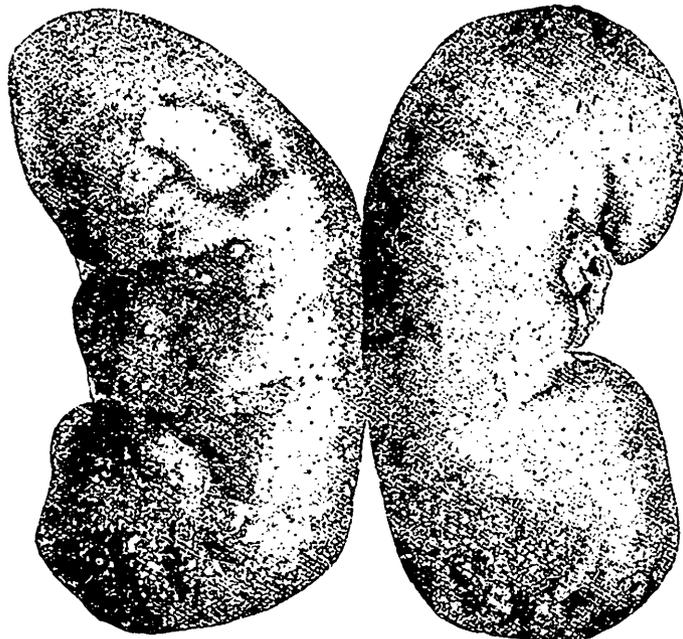


Fig. IV.—Nodule tuberculeux et foyers miliaires disséminés. (Lays).

#### SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les principales manifestations *locales* de la tuberculose rénale sont la Pyurie, l'Hématurie, l'Albuminurie, la Polyurie et la Pollakyurie, la Bacillurie, la Douleur, la présence d'une Masse dans la loge costo-iliaque, enfin l'apparition de Foyers Secondaires dans les autres parties du système urinaire.

Rien de plus variable que les manifestations de la tuberculose rénale à ses débuts. Tantôt éclatant par surprise, tantôt précédée d'une période de dépression générale

est parfois intermittente, du fait de l'obstruction urétérale temporaire. Aussi faut-il soumettre à des examens répétés les urines des individus soupçonnés de tuberculose rénale.

(La suite au prochain numéro)



## Le IV<sup>e</sup> Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Ce congrès des Médecins de langue française d'Amérique a coïncidé cette année, suivant le désir des confrères Québécois, avec les fêtes du Tricentenaire de la fondation de notre capitale. Les médecins ne furent pas les seuls Congrès. La Société Royale du Canada et l'Association des Ingénieurs avaient également choisi Québec pour leurs réunions. Si l'idée était excellente en soi, il faut reconnaître que l'éclat des fêtes exerçait un fort attrait sur les congressistes : ce qui explique que si plus de 350 médecins étaient inscrits, ils n'assistaient pas nombreux aux séances.

Les divers comités québécois ont fait merveille au point de vue des fêtes et pour ce résultat nos plus entières félicitations. L'urbanité, dont il sont coutumiers, a été toute française, et tous les congressistes ont été unanimes dans leur appréciation de l'hospitalité de ces "excellents québécois."

\* \* \*

Le Président, Dr Arthur Simard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Québec, ouvrit le Congrès lundi après-midi le 20 juillet, et dans une allocution aux termes choisis souhaitait la bienvenue aux visiteurs de la ville de Champlain. A cette première séance, le Dr Albert Lesage, de Montréal, présentait son rapport sur "*l'infection des voies biliaires.*"

Il montra dans leur variété les causes diverses de l'infection biliaire—tant intestinales que sanguines.— Le Dr Paquet, de Québec, co-rapporteur, y insista à son tour, en décrivit les manifestations cliniques et posa les indications thérapeutiques. Cette question, traitée il y a quelques mois au Congrès International de Médecine de Lisbonne, fut présentée à nos congressistes sous la forme littéraire et avec l'aisance d'élocution que nous connaissons à nos deux collègues.

\* \* \*

A la veillée, eut lieu l'ouverture solennelle du Congrès. La grande salle de promotion de l'Université Laval était des plus joliment décorées pour l'occasion. Les drapeaux canadiens alternaient avec les drapeaux an-

glais et français. De la verdure un peu partout ajoutait à la note gaie de la fête

La salle était remplie d'un public nombreux et distingué. Sur l'estrade avaient pris place M. le lieutenant gouverneur, Mgr le recteur de l'Université, les hon. MM. Devlin et Taschereau, M. de la Bruère, MM. Herbettes délégués français aux fêtes du centenaire, Yves Delage, délégué du gouvernement français au congrès, Maurice Renaud, délégué de l'Université de Paris, MM. les Drs Knop, Simard, président du Congrès, Ahern, Rousseau, A.-L. Dussault, S. Grondin et Brochu.

Son Honneur le gouverneur adressa quelques paroles, et souhaita aux membres la bienvenue au nom du gouvernement.

Mgr le Recteur se leva ensuite. Il eut un mot très aimable pour les délégués français qui viennent constater combien l'âme française est encore vivante sur ce continent. Il exalta ensuite le rôle du médecin qu'il compara au rôle du prêtre, et souhaita la bienvenue aux hôtes distingués de l'Université.

Le Dr A. Simard parla à son tour du but de l'Association qui est d'accroître l'importance sociale du médecin en vue du bien de l'humanité de la race française et du Canada tout entier. Il appuya sur l'obligation du travail qui incombe à tous ceux dont la condition sociale était une source d'influence dans les milieux où ils vivent. Or, cette influence, dit-il, vous l'exercez déjà, messieurs et chers collègues. A vous donc, incombe le devoir d'occuper d'une façon de plus en plus brillante la haute situation scientifique qui est la vôtre dans le monde. En le faisant vous contribuerez à l'élevation de la race dont vous êtes l'élite et à la prospérité de ce beau et grand pays, le Canada.

M. le Dr Delage, dans quelques mots bien sentis rappela les liens du sang et de la pensée qui unissent étroitement les français d'Amérique à ceux de la vieille France.

M. Devlin, chargé de représenter le gouvernement de la province de Québec et de souhaiter la bienvenue aux membres du Congrès, assura l'association des médecins de langues française des bonnes dispositions du gouvernement à son endroit.

Il ne partage pas l'idée de M. le Dr Lesage au sujet des obligations de la France envers le Canada et dit que Québec doit tout à l'ancienne mère-Patrie puisque c'est d'elle que lui vient sa langue et sa foi.

M. le Dr Maurice Renaud, délégué de l'Université de Paris, remercia l'auditoire de l'accueil chaleureux qu'il vient de faire aux représentants de la France. Il rappe-

la que la jeunesse canadienne à jugé indispensable jusqu'à dernièrement de venir à Paris compléter ses études techniques. A cette estime des canadiens, l'Université répond par une bienveillance qui ne se dément pas.

Après que les divers orateurs eurent échangé leurs idées, M. le président invita l'assistance à une promenade dans le jardin tout illuminé de l'Université. Il va sans dire que l'invitation fut accueillie avec enthousiasme la fête qui suivit fut des plus agréables.

\* \*

Le second jour, reprise des séances générales pour la présentation des autres rapports. Le Dr Sirois, de Saint-Ferdinand d'Halifax, un des vaillants de l'idée et de la plume, présidait.

Le Dr Eug. Saint-Jacques, de Montréal, et le Dr Dagneau, de Québec, traitèrent de la "Tuberculose Rénale," au point de vue des acquisitions scientifiques les plus récentes. Nous ferons part à nos lecteurs de ces communications sur les différentes questions traitées à cette séance générale.

Puis suivit une communication du Dr Maurice Renaud, chef de Laboratoire à la Salpêtrière et délégué de Paris, sur certaine forme clinique de tuberculose cérébrale à modalité pathologique cérébrale.

Dans une exposition, d'une clarté et d'une facilité toute françaises, le jeune délégué traça l'évolution spéciale de l'affection et les particularités de ses lésions microscopiques.

Le Dr Knoff, phtisiologue de New-York, vient à son tour causer tuberculose et nous entretenir du sanatorium et de la lutte antituberculeuse. Il fit voir les avantages de la lutte contre le fléau et l'efficacité des moyens dont nous disposons.

\* \*

La séance d'après-midi fut consacrée aux intérêts professionnels. Après le discours remarquable du Président de cette section, le Dr Laurendeau, le Dr Valin, de Montréal, puis le Dr Brochu, de Québec, traitèrent de "l'Hygiène dans l'enseignement": travaux excellents, bien conçus et bien présentés mais dont l'un était malheureusement trop long.

\* \*

La veillée fut consacrée à des agappes professionnelles au Kent House, à Montmorency. Le Dr Simard

présidait avec sa bonne grâce et son entrain ordinaire à un nombre restreint de confrères. Il était à se demander ce qu'il fallait le plus noter: de l'excellence de la table ou de l'entrain des convives.

\* \*

La troisième journée fut consacrée aux séances spéciales des sections.

#### EN CHIRURGIE

Le premier travail fut présenté par M. le Dr Ahern. Le chirurgien vétérinaire de Québec nous entretient avec l'autorité de sa large expérience, d'un cas de grossesse compliquée d'une grossesse extra utérine ancienne.

Le 6 novembre 1906 est arrivée à l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang, Québec, Mme F., qui, est au terme de sa 8e grossesse, est en travail depuis 3 jours. Elle vient de Beauceville. Elle raconte qu'elle a deux enfants dans le ventre, un depuis deux ans et l'autre depuis 9 mois. Le premier croyant avoir droit d'arriver le premier et, ne le pouvant, empêche la naissance du dernier.

Agée de 37 ans, mariée à 20 ans, elle eut pendant les six premières années de son mariage un enfant à terme chaque année. En 1904 9 ans après son dernier accouchement, elle devint enceinte pour la 7e fois. Entre le 2e et 3e mois de cette grossesse, elle fit une chute sur le sol de 6 à 7 pieds, et se blessa légèrement à une jambe et garda le lit pendant 9 jours pour des douleurs dans l'abdomen, avec pertes de connaissances, etc. Puis la grossesse continua sans incident jusqu'à terme, quand les mouvements du fœtus cessèrent; il y eut une montée de lait, la femme diminua de volume et après quelques mois la menstruation commença, pour se continuer régulièrement jusqu'au début de la 8e grossesse, en janvier 1906. Gestation normale jusqu'à terme.

4 novembre 1906.—Pour des douleurs abdominales la femme fait venir son médecin, qui constata que le travail était commencé, qu'il ne pouvait se terminer que par une opération et conseilla à Mme F. de venir à l'Hôtel-Dieu.

*Examens vaginals.*—Col dilaté, grossesse aterm, présentation de la tête. Dans le cul-de-sac postérieur et à droite, il y avait une autre tête plus petite aplatie transversalement qui ne pouvait être déplacée dans aucune direction et qui empêchait la descente de la première.

*Opération 6 novembre 1906.*—Chloroforme 1 par-

de, alcool 2 parties. Opération de Porro. Nous avons retiré de l'utérus un enfant à terme, vivant et bien portant. Puis nous enlevâmes le kyste fotal qui était situé dans le bassin en arrière et à droite de l'utérus. La trompe gauche était normale mais l'ovaire du même côté était sclérokystique. À droite, seule, l'extrémité utérine de la trompe était reconnaissable. Nous n'avons pas trouvé l'ovaire. Le placenta était réduit à peu de chose et était peu adhérent. Le kyste fotal s'est laissé détacher assez facilement, mais pas sans se déchirer dans une petite étendue. Le liquide amniotique était peu abondant et était épaissi par des particules solides nombreuses qui y étaient tenues en suspension. Le kyste contenait un fœtus à terme, mort, bien conformé et en bonne condition.

Il y a eu suppuration de la paroi abdominale qui retarda longtemps la guérison. Depuis sa sortie de l'hôpital, la malade est restée parfaitement bien.

Parmi les autres travaux inscrits dans cette section :

“ Maladie de Still ” par le Dr D. Hingston.

“ Le cloisonnement péritonéal du bassin au cours des interventions pour lésions inflammatoires des organes pelviens, ” par le Dr. de Lotbinière Harwood.

“ Volumineux sarcome de la conjonctivité bulbo-palpebrale, ” par le Dr. J. N. Roy, Montréal.

“ Les injections sous-conjonctivales d'air stérilisé dans le traitement des Kératites, ” par le Dr A. E. Foucher, Montréal.

“ Supériorité du chlorure d'Éthyle sur le bromure d'Éthyle, en oto-rhinologie, ” par le Dr Albert Lasalle, Montréal.

“ Cephalalgie d'origine oculaire ” par le Dr Beaupré, Québec.

“ Infections et Collargol, ” par le Dr Albert Paquet, Québec.

“ Malformations congénitales du rectum, ” par le Dr B. Bourgeois, Montréal.

De la statique utérine, par le Dr François de Martigny.

#### SECTION DE MÉDECINE

Outre les travaux déjà mentionnés, citons encore :

“ Neurasthénie et Phychasténie, ” par le Dr M. Renaud, Paris ;

“ La question infantile, ” par le Dr S. Lachapelle, Montréal ;

“ Les opsonines et le trait opsoniques, ” par le Dr Vallée, Québec ;

“ Tuberculose et sérum de Marmoreck, ” par le Dr Adelstan de Martigny, Montréal ;

“ Ozone et tub. pulmon. ” par le Dr de Blois, Trois-Rivières ;

“ Le secret professionnel, ” par G.-A. Marsan, avocat, Montréal.

Étc., etc.

\* \*

#### LA SECTION D'ART DENTAIRE

Tenait, durant ce temps, ses séances sous la présidence de M. Edmond Casy ain, de Québec. Parmi les communications, relevons celles de MM. Casgrain, Alb. d'Argent, Dubeau, Gaudreau, Kent, Nolin.

\* \*

La séance générale de clôture fut présidée par le Dr A. Simard. Il fut décidé que le prochain Congrès serait tenu dans deux ans, et qu'il aurait lieu à Sherbrooke, P.Q.

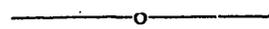
Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Le Dr Pettier, M.P.P., en fut élu président.

Les Drs Guérin et Camirand, Lachapelle pour les États-Unis, vice-présidents, et le Dr Omer Ledoux, secrétaire.

Des remerciements furent unanimement votés aux membres des divers comités Québécois et aux autorités de l'Université-Laval, pour leur gracieuse hospitalité.

Et le Congrès se termina par une fort agréable excursion au lac Saint-Joseph.



#### Traitement de l'incontinence d'urine chez les garçonnets en bas âge.—(Powers).

Obturer au moment du coucher, avec du collodion, l'orifice préputial du petit malade. S'il ne se passe rien d'anormal, on trouve le matin le prépuce légèrement distendu par une petite quantité d'urine.

Si l'enfant est réveillé durant la nuit par le besoin d'uriner, il peut facilement lui-même enlever avec son doigt la petite couche de collodion.

On obtiendrait rapidement, parfois en 15 jours, la suppression complète de l'incontinence nocturne d'urine par ce procédé qui se recommande par sa simplicité.

## Bureau médical de la Province de Québec

### Rapport de la Commission de Législation

Le mardi 21 juillet 1908, la Commission de Législation du Bureau Médical de la Province de Québec, a siégé à l'Université Laval de Québec. Tous les membres étaient présents :

Dr Albert Laurendeau, St-Gabriel de Brandon ; Dr L. P. Normand, Trois-Rivières ; Honorable Dr Girouard, Longueuil ; Dr L.-A. Plante, Louiseville ; Dr D'amours, Papineauville ; Dr A. Jobin, Québec ; Dr A. Côté, M. P. P. Québec ; Dr S. Boucher, Montréal ; Dr F. de Martigny, Montréal.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté. Il est proposé par le Dr D'Amours, secondé par le Dr Côté :

Que le Président du Bureau Médical de la Province de Québec, accompagné du président et du secrétaire de la commission de législation ait une entrevue avec Mgr Mathieu pour discuter les questions de la formation d'un bureau provincial d'examineurs et de porter le curriculum des études médicales à cinq ans.—Adopté.

Il est proposé par le Dr de Martigny, secondé par le Dr Boucher :

Que le Bureau provincial d'examineurs soit composé comme suit :

Un président nommé par l'université, un examinateur nommé par l'université, un examinateur nommé par le Bureau des Gouverneurs.—Adopté.

Puis l'on passe à l'étude du Statut de l'acte médical, étudiant article par article. Après cette lecture, et la discussion qui suit il est proposé que l'on supprime à l'article 3978 les mots bachelier des arts et bachelier des lettres et que l'on les remplace par "Bachelier" tout court.—Adopté.

Il est proposé par le Dr Girouard, secondé par le Dr D'amours : Qu'il soit nommé un Régistraire pour remplir les charges actuellement occupées par le Régistraire, le Trésorier et les Secrétaires.

Qu'à l'avenir les Secrétaires soient les secrétaires archivistes des séances.

Qu'ils continuent à l'avenir comme par le passé à signer les licences.—Adopter sur division.

Il est proposé par le Dr Côté, secondé par le Dr de Martigny :

Qu'à l'avenir les élèves devront assister à pas moins de 24 accouchements et en plus suivre régulièrement le service d'une maternité pendant pas moins de 12 mois. Adopté.

À midi cinq sur proposition du Dr Côté la séance est ajournée à trois heures.

La séance de l'après-midi est ajournée au lendemain matin faute de quorum seul le Dr Laurendeau président et de Martigny secrétaire sont présents.

### Séance du mercredi matin

Présents : Dr Laurendeau, Dr Normand, Dr Côté Dr Jobin, Dr D'Amours, Dr de Martigny.

Le secrétaire annonce que Mgr Mathieu recevra la sous commission à 8 hrs du soir.

Il est proposé par le Dr Côté secondé par le Dr D'Amours :

"Que la Commission de législation invite les Universités McGill de Montréal, Laval de Québec, Laval de Montréal, à se faire représenter chacune par l'un des délégués faisant partie du Bureau des Gouverneurs auprès de la Commission de Législation à sa séance de septembre prochain, afin de concourir à la préparation et à la rédaction de certains amendements à la loi médicale conformément à une résolution adoptée par le Bureau des Gouverneurs à sa session de juin 1908, et que copie de cette résolution soit transmise aux Universités.—Adopté.

Il est aussi proposé par le Dr Côté, secondé par le Dr d'Amours, qu'une sous-commission, composée des Drs Laurendeau, Boucher et de Martigny soit nommée pour travailler à la rédaction d'un projet de loi amendement l'acte médical conformément à la résolution adoptée en juillet dernier par le Bureau des Gouverneurs, pour être soumis à l'assemblée de la Commission en septembre prochain et que copie de ce travail soit adressé à chacun des membres de la Commission et aux représentants des Universités à une date aussi rapprochée que possible de la réunion de la sous-commission.—Adopté.

Il est résolu que la sous-commission se réunira à Montréal, à 10 heures du matin, le 4 août prochain, et que la réunion de la commission aura lieu à Québec, en septembre prochain.

## Echo du Congrès

Nous avons noté avec satisfaction le grand nombre de médecins inscrits : plus de trois cents.

\*\*\*

Avec moins de satisfaction a-t-on remarqué l'assistance plutôt peu nombreuse aux séances. L'éclat des fêtes, on le conçoit, était un grand attrait.

\*\*\*

Trop peu des nombreux travaux inscrits, ont été présentés. Trop peu même ont été déposés entre les mains des présidents de section, c'est dire que trop peu des travaux étaient prêts.

\*\*\*

La tuberculose et la lutte antituberculeuse ont été à la place d'honneur. Le Dr Knoff, le vaillant champion de New York, dont tous connaissent les beaux travaux et les grands efforts, nous a entretenus, et avec quel maîtrise, de son thème favori. Que ce descendant d'allemands nous permette de dire avec quel plaisir nous avons écouté sa communication faite en un si excellent français. Nos lecteurs peuvent en juger eux-mêmes puisque c'est l'original même que nous publions aujourd'hui. Nous avons d'ailleurs, lors de nos séjours en Allemagne, été frappé de cette connaissance des langues modernes, dont se pique les professeurs allemands.

\*\*\*

Parmi les autres personnalités de l'armée des antituberculeux, nous avons aussi remarqué la présence de Mme Fiedler, une de ces brillantes femmes que la France possède en si grand nombre, toujours prêtes aux œuvres philanthropiques. Sur l'invitation du président, elle nous fit part du progrès des œuvres auxquelles elle s'intéresse activement, entr'autres des sanatoria de Villepinte et Champrozé. La lutte antituberculeuse présente bien des aspects, disait elle,—en substance. Il y a les logements hygiéniques pour ouvrier, les sociétés de secours, et les sanatoria. Ceux-ci mêmes sont divers : il y a les sanatoria pour tuberculeux non guérissables, mais qu'il faut arracher à leur milieu, secourir et empêcher par le fait

de semer davantage la contagion : — les sanatoria pour les "pré-tuberculeux". Tels sont les institutions de Champrozé de Villepinte et de Pradé, près d'Hyères, à Champrozé.

Knoff disait que les cures d'enfants tuberculeux s'élèvent en sanatorium à 75 p.c. N'est-ce pas plus qu'encourageant.

Naturellement, il fut question du traitement de la tuberculose par la tuberculine et les sérums. Le Dr Adelstan de Martigny prôna les avantages du sérum de Marmoreck, — d'autres Drs Guérin, Renaud, Lesage soutinrent l'opinion contraire que ce sérum n'avait pas eu — plus que les tuberculines de Koch — le succès auquel il prétendait. D'une longue discussion, il ressortit que le sérum de Marmoreck, sans être la panacée absolue, pouvait être un adjuvant précieux en certains cas, et qu'il y avait avantage à l'employer dans les cas à début et dans les cas tenaces et rebelles aux traitements habituels.

Notons en passant que c'est tout juste aux sanatoria précitées de Champrozé et Villepinte, que Dieulafoy expérimenta le sérum de Marmoreck.

\*\*\*

Nous avons admiré le bon goût qui avait présidé aux décorations de la "Grande Salle de Promotion" de l'Université-Laval. Encore d'avantage avons-nous admiré l'éclat des décorations électriques.

\*\*\*

Félicitons nos confrères de Québec sur l'excellence de leur organisation et leur inlassable courtoisie, tout à fait légendaire, d'ailleurs.

\*\*\*

### LES EXPOSITIONS PHARMACEUTIQUES

Plusieurs maisons avaient tenu à faire connaître davantage certains de leurs produits pharmaceutiques.

Tout d'abord, la maison Poliquin & Cie, de Montréal, exposait un joli assortiment de médicaments et d'instruments.

Nous avons particulièrement noté une série de seringues en verre *graduées*, pour usage hypodermique, de capacité variant de 5 à 25 cc. ; — un assortiment particulièrement complet de sondes vésicales, pour tous les usages ; — toute une collection de sacs en cuir à l'usage du médecin — et d'excellentes préparations pharmaceutiques variées.

La maison Burroughs and Welcome exposait ses produits si favorablement connus et dont la demande se fait chaque jour croissante. On a particulièrement attiré notre attention sur l'Ernutin (ergot pour emploi hypodermique) des séries de tabloids, un bon chloroforme en flocons de 2 oz. à 16 oz. Nous attirons particulièrement l'attention de nos confrères sur deux nécessaires ou trousse, pour usage "bactériologique" et analyse des urines. Nous les recommandons vivement c'est à la fois pratique et suffisamment scientifique.

La maison *Philpp* y étalait entr'autres son lait de *magnésie*, vieux connu ;—la "Denver Chemical Co." son "Antiphlogistine,"—dont les effets thérapeutiques sont identiques au "Glycokalin" de Parke, Davis, qui a fait ses preuves ;—la maison *Chs Frost* présentait entr'autres des Sels de Vichy effervescents,—et l'Urotropine sous forme également effervescente.

---

## A nos correspondants

---

Quel est le moyen de différencier le pus de l'albumine puisque les deux persiste avec les urines acides ?

Disons, tout de suite, qu'il faut opérer sur urine claire. Il faudra donc la filtrer si elle est trouble. Mais il arrive quelquefois que même après la filtration l'urine reste trouble. Il est très rare que dans ce cas le manque de limpidité ne soit pas dû à la présence de bactéries dont nous pouvons nous débarrasser en ajoutant à l'urine un peu de carbonate de baryte ; on agite, les bactéries sont précipitées et après un nouveau filtrage, on obtient une urine claire.

Ces causes d'erreur étant écartées, le moyen de différencier le pus de l'albumine consiste à chercher les deux

Il y a plusieurs moyens de découvrir l'albumine : par exemple en soumettant l'urine à l'action de la chaleur de l'acide azotique, du réactif de Tanret, etc. etc.....Mais la réaction à l'acide picrique est hautement recommandée.

A quatre centimètres cubes d'urine ajoutez, en versant goutte à goutte, un centimètre cube d'une solution saturée d'acide picrique. Si aucun précipité n'apparaît, il n'y a pas d'albumine. Si le mélange se précipite, nous sommes en présence soit d'albumine, soit d'albumose, de peptones ou d'albumoïdes. Porté à la chaleur, si le précipité disparaît, (et cela arrive à un degré bien inférieure à celui de l'ébullition) la formation de ce précipité était due à la présence d'albumoses, de peptones ou d'albumoïdes.—Au contraire si une fois porté à la chaleur, le précipité ne disparaît pas ou s'accroît davantage nous pouvons conclure à la présence d'albumine.

Cette réaction décèlera les moindres traces d'albumine.

Il n'est pas nécessaire que l'urine soit acide car l'acide picrique l'acidulera. Cependant si l'urine était fortement alcaline a odeur ammoniacale, il serait mieux d'ajouter un peu d'acide acétique ou citrique.

Quant au pus, le moyen le plus sûr de le trouver est d'avoir recours à l'examen microscopique du dépôt fourni par l'urine. La présence de leucocystes, de cellules mortes et de microbes en sont l'indice.

Cependant, quand l'urine contient beaucoup de Pus, on peut s'en rendre compte en traitant le dépôt avec une solution de potasse ou avec de la liqueur d'ammoniaque ; il se forme une masse gélatineuse et visqueuse.

M.-H. LEBEL.



# PROGRES DES SCIENCES MEDICALES

## Les médicaments de la goutte

Par P. Carnot (*Le Progrès Médical*, 6 juin 1908)

Parmi ces médicaments, il faut citer en premier lieu les dissolvants de l'acide urique qui donnent d'excellents résultats dans le laboratoire, mais ne paraissent pas jouir de propriétés aussi remarquables dans l'organisme. Si les alcalins, par exemple, agissent, c'est probablement, non pas en tant que dissolvants uriques, mais en améliorant la nutrition générale et les combustions organiques.

Le salicylate de soude semble leur être supérieur, à condition de ne pas donner en même temps des alcalins, car il forme avec l'acide urique de l'acide salicylurique, soluble seulement en milieu acide ou faiblement alcalin.

En outre, la chaleur est un obstacle à son action; aussi faut-il mettre en permanence une vessie de glace sur l'articulation malade.

La pipérazine, l'urotropine, la citrarine ne paraissent pas avoir donné tout ce qu'on en espérait: l'acide thymique semble aboutir chez les goutteux à une augmentation nette de l'acide urique éliminé par les urines: cette augmentation nette de l'acide urique éliminé par les urines: cette augmentation ne dure du reste que le temps pendant lequel s'élimine l'excès d'acide urique accumulé.

Quant au colchique, on ignore entièrement son mode d'action.

Si la thérapeutique par les dissolvants subit en quelque sorte un recul actuellement, on peut espérer que l'étude des ferments qui ont un rôle dans la désintégration graduelle des corps azotés sera plus fructueuse. Le foie possède un ferment uréogénique, que l'on ne retrouve pas dans le foie des oiseaux qui éliminent de l'acide urique au lieu d'urée. On admet du reste aujourd'hui qu'il existe dans les tissus un grand nombre de ferment de ce genre, dont l'action se succède (nucléase, désamidase, etc.)

Tous ces ferments existent simultanément dans les extraits d'organes tels que le foie; il y aura donc lieu de reprendre les essais commencés il y a dix ans par l'auteur, consistant en administration de glandes hépatiques on pourrait y ajouter des corps activants, tels que l'acide salicylurique.

En résumé, il semble plus efficace d'empêcher la formation d'acide urique et d'en faciliter la destruction, que de chercher à dissoudre les dépôts uratiques une fois constitués.

## Contre les mouches et les moustiques

M. le Dr Delamare, médecin-major à Saint-Denis, vient d'indiquer un nouveau procédé de destruction des mouches.

On fait préparer la solution suivante :

Formol du commerce . . . . .	100 grammes
Eau . . . . .	900 grammes

On remplit de ce liquide plusieurs assiettes que l'on dispose en plusieurs endroits de la pièce à assainir sur les tables ou sur le sol. Vingt-quatre heures après (pendant la période d'été, bien entendu), ces assiettes et la zone environnante seront remplies de mouches et de moustiques empoisonnés. Les diptères qui n'auront pas été tués sur place iront mourir à un ou deux mètres plus loin, et le sol sera jonché de leurs cadavres.

La solution de formol au dixième est le véritable tombeau des mouches, et M. le Dr Delamare ajoute (ce qui est bien plus gros de conséquences): aussi le tombeau des moustiques. La solution les attire et les tue. Ces maudits insectes meurent quelque temps après avoir trempé leur trompe dans le liquide.

La solution indiquée devra, dit M. Delamare, être renouvelée dans les assiettes toutes les quarante-huit heures. Elle perd effectivement de son efficacité au bout de deux à trois jours elle n'est pas coûteuse au point de n'être pas souvent renouvelée. On a essayé des solutions moins concentrées ou encore d'autres antiseptiques comme l'huile de chiste. Les résultats ne sont pas comparables.

Le moyen que nous signalons est de beaucoup supérieur à ceux qui ont été proposés jusqu'ici, tels que papiers chimiques, préparations à la glu, mouchivores, etc. M. Delamare opère ainsi dans les hôpitaux: Dans chaque salle d'hôpital, on place, sur table du milieu, sur le rebord des fenêtres, quelques assiettes remplies de formol

au dixième. A la tête de chaque lit, on trouve un crachoir contenant deux cuilletées à bouche de la même solution. Les malades qui, avant que l'on eût pris cette précaution, étaient martyrisés pendant la saison chaude par les mouches et les cousins, purent reposer tranquillement.

On a eu la curiosité de savoir combien on pouvait détruire de mouches en vingt-quatre heures. On a pu ainsi constater que, pour une salle de 521 mètres cube s on avait détruit, du 1er au 7 août, l'année dernière, une, moyenne de 4,000 mouches par jour, 40,000 en dix jours.

Parmi les maladies transmises par les mouches, on peut citer les filarioses, la malaria, la fièvre jaune, la tuberculose, la dysenterie, etc., etc. Aussi, dans tous les réfectoires, et principalement dans les services hospitaliers, les récipients contenant les aliments et les boissons alimentaires doivent être munis d'un couvercle. Cette précaution, bonne pour la propreté en général, est, pourtant, une mesure de prophylaxie de haute importance. Le formol sera donc employé comme auxiliaire puissant.

Ce qui nous frappe, dans le procédé nouveau, c'est son application aux moustiques. Le moustique a les mêmes inconvénients que la mouche, mais il est encore plus dangereux et extrêmement désagréable par ses piqûres plus ou moins douloureuses. A Paris, les moustiques tendent à s'acclimater depuis quelques années, et déjà, aux environs de la ville, dans les promenades, ils ont fait leur apparition.

LES ANNALES

### Asepticité opératoire

Schauta, de Vienne, fait depuis longtemps des essais dans sa clinique en vue de l'amélioration de l'asepsie.

La désinfection simple n'est suffisante que dans les opérations qui ne dépassent pas dix minutes de durée, car les bactéries émergent de la profondeur des glandes réinfectent le champ opératoire. Après avoir essayé de le protéger à l'aide de lames de caoutchouc ou de gaze fixées aux bords de la plaie, procédé qui parut insuffisant, Schauta fit dans treize cas des badigeonnages de la peau, moitié avec la teinture d'iode, moitié avec la gaudanine, produit très prôné en Allemagne en ce moment. Des parties symétriques de la peau furent ensemençées à différents moments de l'opération. Les résultats furent identiques : les milieux ensemençés restèrent stériles et c'est à peine si à la fin de l'intervention on trouve quelques germes de l'air. Peut-être les bactéries ne sont-elles,

sans être détruites, que rendues momentanément impropres à la culture : cliniquement ce résultat suffit.

Schauta conclut que l'iodisation de la peau, à laquelle il donne la préférence, en améliore l'asepsie.

Pour ce qui est des gants, Schauta a abandonné les gants de fil qui s'imprègnent de bactéries et qu'il faut trop souvent changer au cours de l'opération : il utilise les gants de caoutchouc qui se stérilisent bien par la chaleur, et pour que la surface interne soit bien aseptisée, il la bourre préalablement avec de la gaze les différents doigts du gant.

F. de M.

### Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique

MM. Léopold-Lévi et Henri de Rothschild ont traité par l'opothérapie thyroïdienne 39 malades atteints de rhumatisme chronique.

Les sujets appartenant aux deux sexes et leur âge variait de douze à soixante-quinze ans.

Les auteurs ont prescrit, chaque jour, un à trois cachets de 0,10 centigrammes d'extrait de corps thyroïde de mouton. Ils ont obtenu 32 améliorations notables (diminution des douleurs, de l'impotence fonctionnelle, des déformations et des déviations articulaires) et même ont eu des guérisons.

Ils recommandent la prudence dans l'emploi de ce médicament.

M. Lopold-Lévi et Henri de Rothschild. Acad. de Méd. fév. 1908.

### Cholecystite aiguë et son traitement d'urgence

Riedel, in *Deutsche Med. Wochen.*, mai 1908

Insiste sur l'urgence de l'opération dans le cholécystite aiguë : le traitement doit être le même que pour l'appendicite aiguë. La vésicule et les calculs doivent être enlevés, dit-il, et l'opération est d'autant plus facile que l'attaque est plus près de son début. Il a opéré 32 malades à leur première attaque et n'a perdu que les patients qui firent des complications que même l'opération hâtive n'avait pas prévenues : thrombose portale et aortique pneumonie double.

E. ST-JACQUES.