

MAI, 1904

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 251 — Observation d'un cas de néphrite syphilitique précoce..... *Cléroux*
255 — Un cas de rétrécissement pulmonaire..... *Dubé*
265 — De la nécessité de déterminer l'indication thérapeutique dans chaque cas..... *Hervieux*
269 — Une observation de polynévrite alcoolique..... *Tourigny*
276 — Un cas d'infection puerpérale à la campagne..... *Trudeau*
280 — Un cas de tuberculose pulmonaire traitée par le sérum anti-tuberculeux de Marmorek..... *Lemieux et Richer*
287 — Dangers de laisser aux malades le soin de se sonder eux-mêmes..... *Marien*
-

REVUE GÉNÉRALE

- 294 — Chronique obstétricale *De Cotret.*
-

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- 300 — Abus et législation. — Le bill Tachereau..... *Un électeur*

ACTUALITÉS

310 — Le congrès international de la tuberculose à
Saint-Louis.

LE DEUXIÈME CONGRÈS DES MÉDECINS DE LANGUE
FRANÇAISE, A MONTRÉAL

Les 28, 29 et 30 Juin prochain

Les membres qui ont adressé *cinq dollars* au trésorier général sont priés de prendre note de l'avis suivant :

1° Le Comité exécutif a décidé de porter la contribution à *6 dollars* au lieu de cinq, *y compris le banquet*.

2° Tout médecin peut devenir membre du Congrès en payant la somme *de trois dollars seulement*. S'il désire assister au banquet, il devra payer une somme additionnelle de trois dollars : Soit un dollar de plus pour ceux qui ont déjà payé cinq dollars.

3° Les médecins qui ont déjà payé cinq dollars sont priés d'informer le Dr S. Boucher 1133 rue Ontario, à Montréal, sans délai, de leur décision à ce sujet.

Par ordre,

Le Comité Exécutif.

MEMOIRES

OBSERVATION D'UN CAS DE NEPHRITE SYPHILITIQUE PRECOCE (1)

Par le docteur L. J. V. CLÉROUX,
Agrégé, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Un jeune homme de vingt ans, récemment arrivé au pays, se présente à l'Hôtel-Dieu, le 9 février dernier, avec un œdème considérable généralisé à tout le corps, et beaucoup d'albumine dans ses urines, 11 grammes par jour. Sa peau est recouverte de taches et de dépressions, ressemblant à celles que laisse une variole récente de moyenne intensité, mais leur coloration est plus foncée. Ces taches sont plus nombreuses à la tête, aux bras et aux jambes que sur le reste du corps. Ses cheveux ont beaucoup tombé surtout à la place des cicatrices.

L'examen des organes n'offre rien de particulier. Le ganglion épitrochléen du bras droit, les ganglions sous maxillaires et ceux de l'aine sont un peu tuméfiés. Il ne souffre nullement et ne présente aucun signe de brightisme.

Ce jeune homme a eu la rougeole en bas âge, et à 16 ans, une furonculose qui dura cinq à six mois. Il ne se rappelle pas n'avoir jamais eu de chancre, ni aucune maladie vénérienne. Durant son service militaire, c'est-à-dire durant 18 mois en 1902 et 1903, il a fait un usage immodéré de vin: 3 litres par jour et un verre d'absinthe. Mais depuis, il ne prend que 3 à 4 verres d'absinthe par semaine.

Vers la fin de septembre dernier, début de sa maladie, il constate sous le maxillaire inférieur gauche l'apparition d'une petite tumeur mobile qui augmente graduellement de volume et l'oblige à entrer à l'hôpital de Saint Boniface. Cette tumeur se ramollit pour former un abcès qu'on ouvre; il suppure beaucoup durant un mois et enfin guérit.

Le 15 octobre, survint une éruption vésiculeuse qu'on prit pour de la variole, mais l'absence de tout autre symptôme de cette maladie fait croire au médecin qui le traite

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 avril 1904.

que cette éruption n'est que de l'acné. Ces vésicules deviennent bientôt purulentes; une croûte plate se forme à l'extérieur et la pression fait sourdre à sa périphérie un pus jaune verdâtre. La suppuration de ces pustules est très active sur le visage, sur les bras et les jambes. Les pustules des jambes, ainsi que celles du cuir chevelu sont de grandes dimensions, plus d'un centimètre de diamètre. L'éruption, qui n'est ni douloureuse, ni purigineuse, dure environ six à sept semaines, alors les pustules sèchent et les croûtes tombent, laissant à leur place les taches et les dépressions dont nous avons déjà parlé.

Le malade sort de l'hôpital le 10 janvier, — se porte bien pendant un mois durant lequel il fait quelques abus d'alcool; ses cheveux tombent abondamment. Au début de février, l'urine diminue et devient chargée. La figure, les mains et surtout les jambes et les bourses sont très enflées. C'est alors qu'il entre à l'Hôtel-Dieu. Le diagnostic de néphrite infectieuse s'impose, mais il s'agit d'en déterminer la nature.

* * *

La pigmentation de la peau et la chute des cheveux nous font penser à la néphrite syphilitique et nous voyons dans l'adénite cervicale l'indice que la porte d'entrée du virus pourrait être la gorge.

Cependant, l'adénopathie qui accompagne le chancre primitif suppure rarement, et le chancre amygdalien est ordinairement douloureux; notre malade, qui est très intelligent et s'observe bien, ne se rappelle pas avoir souffert de la gorge ni de la bouche qui encore est indemne de toute affection. Les syphilides vésiculeuses et pustuleuses (*ecthyma syphilitique*) de la deuxième période ne sont pas si fréquentes chez l'adulte pour qu'on puisse ranger dans cette catégorie les éruptions pustuleuses, sans que d'autres manifestations syphilitiques ne nous engagent à le faire. Enfin, l'importance qu'offre la présence de la tuméfaction du ganglion épithrochléen est diminuée par l'absence d'adénopathie cervicale postérieure — sous occipitale — mastoïdienne et sus-claviculaire.

En admettant même que tous ces symptômes caractérisent la syphilis, ne pouvons-nous pas encore supposer que cette néphrite soit due à l'infection secondaire, streptococcique, et staphylococcique ou autres, développée sur des lésions syphilitiques? La suppuration du bubon syphilitique, celle des pustules, est toujours accompagnée d'infection locale secondaire, alors, cette suppuration abondante de longue durée chez notre malade n'a-t-elle pas pu altérer ses reins et les excès d'alcool auxquels il s'est livré compléter l'œuvre de la suppuration dans la production de la néphrite?

Dans l'incertitude où nous sommes sur la nature de cette néphrite, nous prescrivons le traitement ordinaire de la néphrite aiguë non spécifique: Régime lacté absolu, alcalins, purgatifs, ventouses sur la région lombaire. Il se produit aussitôt de l'amélioration: l'œdème diminue, le taux de l'albumine tombe à 7 grammes par jour — s'y maintient durant 10 jours — et remonte de nouveau à 8, 9 et 11 grammes par jour. Nous décidons alors d'employer le traitement mercuriel et d'autant plus volontiers que l'apparition d'une iritis syphilitique de l'œil gauche nous y contraint. Les injections hypodermiques de quatre à six milligrammes de biiodure d'hydrargyre, en solution huileuse durant 16 jours, font graduellement disparaître l'œdème, baisser le taux de l'albumine à 8 grammes, 6 grammes, 2 grammes, 1 gramme 7. et 0 gramme 9; en même temps l'iritis s'améliore et disparaît.

Trois jours après sa dernière injection, le 28 mars, le malade sort de l'hôpital et se prépare à retourner dans son pays. Il est bien portant durant trois semaines, lorsqu'une nouvelle iritis suit à l'œil droit, et l'oblige à retarder son départ.

Il entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu; ses jambes sont un peu enflées, et ses urines, de quantité normale, contiennent 3 grammes d'albumine par jour. Il subit le même traitement, et après la huitième injection de biiodure, l'iritis s'améliore, l'albumine diminue à 1 gramme 60, 1 gramme, 1 gramme 25, 0 gramme 25. Deux jours après, la 17e injection alors que le traitement avait été suspendu, l'état des yeux s'aggrave, les deux se prennent d'iritis qui disparaît rapidement, avec les

injections sous conjonctivales de bichlorure que lui prescrit M. Duhamel. Le malade est encore sous observation.

Quand nous nous sommes inscrit pour ce travail, nous croyions ne plus le revoir, autrement nous aurions remis à plus tard la présentation de ce cas.

Comme conclusion, 1° nous dirons que cette syphilis s'est présentée sous une forme anormale dans presque toutes ses manifestations: chancre amygdalien probable, indolore, puisqu'il est passé inaperçu, suivi d'adénite suppurée; absence d'adénopathie caractéristique, à l'exception d'un seul ganglion; syphilides pustuleuses chez l'adulte et, enfin, néphrite syphilitique précoce. 2° Le diagnostic de cette néphrite devient embarrassant quand les symptômes syphilitiques sont obscurs ou qu'ils se présentent combinés à d'autres facteurs étiologiques des néphrites infectieuses. M^M. A. Chauffard et F. N. Gouraud s'expriment ainsi sur ce sujet (1):

“ Rien n'est souvent plus délicat que de reconnaître et d'affirmer en clinique l'origine secondaire d'une néphrite aiguë, et ce diagnostic, toujours “instinctif plutôt que basé sur des preuves matérielles” suivant l'expression très juste de Mauriac, ne repose en somme que sur les données suivantes: survenance de la néphrite en pleine syphilis secondaire, caractères un peu spéciaux de l'albuminurie (2), action curative du régime lacté insuffisante ou nulle; guérison rapide, au contraire, et complète par la médication spécifique et surtout hydrargirique.”

Cette loi de la guérison de la néphrite aiguë par un traitement approprié souffre de bien nombreuses exceptions; la cause de l'insuccès réside dans “l'intensité de la lésion glomérulaire et épithéliale, lésions nécrotiques d'emblée qui ne laissent pas à la régénération glandulaire le temps de se reproduire.” Dans les cas favorables, il faut une surveillance longue et attentive des malades et la reprise du traitement à époques régulières tant que la guérison n'est pas définitive.

(1) Néphrite syphilitique secondaire. *La Presse Médicale*, 1902, p. 639.

(2) Prédominance de la sérine.

RETRECISSEMENT PULMONAIRE (1)

Par le Dr J.-E. DUBÉ,

Docteur en Médecine de l'Université de Paris, agrégé à l'Université Laval.

Ce petit malade, que je vous présente, est sous mes soins depuis deux ans, pour une affection cardiaque.

Si vous l'examinez vous constaterez qu'il s'agit d'une lésion valvulaire qui n'est pas banale. En effet nous n'avons pas tous les jours l'occasion de rencontrer un cas de rétrécissement pulmonaire.

Gibson d'Edimbourg, dans son traité, sur les maladies du cœur et de l'aorte donne la statistique du "Royal Infirmary" d'Edimbourg, compilée par Lockhart Gillespie. Cette statistique comprend cinq années et se rapporte à un nombre total de 2368 cardiaques dont 1914 porteurs de lésions valvulaires:

411 ou 21.47% avaient une lésion aortique;

1120 ou 58.5 % avaient une lésion mitrale;

368 ou 19.2 % avaient une lésion aortique et mitrale;

15 ou 0.78 % avaient une lésion tricuspide et pulmonaire.

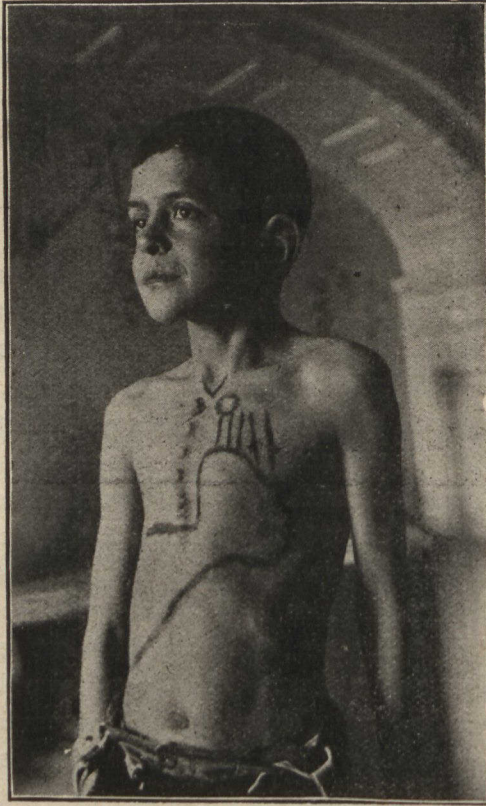
Le jeune Henri P. est âgé de 14 ans et fait encore ses classes dans une école primaire de cette ville. Son père âgé de 54 ans est en bonne santé, bien que très impressionnable. Employé municipal depuis nombre d'années il est sobre et très régulier dans ses habitudes. Sa mère est âgée de 56 ans et bien portante. Ils eurent dix enfants dont huit sont morts entre cinq et huit ans de diphtérie et autres maladies. Un fils âgé de 25 ans et mon petit malade sont les seuls survivants de cette nombreuse famille. L'ainé est un alcoolique enragé qui dépense tout l'argent qu'il peut faire dans son métier de typographe pour s'enivrer quotidiennement.

Mon petit malade, né à terme et nourri au sein pendant quatre ou cinq mois ne marcha qu'à l'âge de deux ans comme tous les autres enfants de la famille d'ailleurs.

Il eut la rougeole étant bébé. Les parents disent qu'il fut toujours de santé délicate. Lorsqu'il fut d'âge à jouer et courir avec ses camarades on remarqua qu'il s'essouffait facilement. A la suite d'une peur, il y a quatre ans, il courut

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 5 avril 1904.

très vite jusque chez lui et après avoir monté l'escalier à la course se trouva faible et dut garder le lit quelques jours. L'enfant resta très nerveux, et, au cours de l'année suivante, il perdit connaissance à trois reprises pour des riens. Actuellement il se sent très bien et va en classe tous les jours. Il s'essouffle assez vite cependant lorsqu'il joue trop longtemps avec ses petits amis. Il est très nerveux, et chatouilleux à l'excès. Un simple frolement de la peau de l'aisselle lui donne presque des convulsions.



Son père me dit qu'il a assez de succès dans ses études. Comme vous l'avez remarqué le malade est plutôt petit pour 14 ans. Voici les proportions, d'après Rotch, que doit avoir un enfant de cet âge :

Hauteur: 59.88 pouces. Mon malade n'a que 53 pouces.

Poids: 94.49 livres. Mon malade ne pèse que 58 livres.

Le père et la mère sont de taille et de poids ordinaires.

Il y a évidemment un défaut de développement chez cet enfant; son poids et sa taille sont ceux d'un enfant de 11 ans!

A l'examen du thorax on voit de suite une déformation marquée à la partie antérieure. Il existe une voussure du sternum avec dépression latérale des côtes de nature probablement rachitique. Les battements du cœur sont visibles et la pointe bat sous la 6^{ème} côte, à 7 centimètres audessous du sein et à 3 centimètres en dehors d'une ligne verticale passant par le mamelon.

On perçoit en outre très bien un battement épigastrique. A la palpation on sent le choc du cœur et un frémissement cataire en appuyant le doigt dans le deuxième espace intercostal gauche, près du sternum.

A l'auscultation on entend un bruit de souffle holosystolique rude râpeux, très fort qui se propage dans toute la poitrine, en arrière comme en avant sans que les poumons ne soient indurés ni infiltrés. On l'entend même au niveau de l'abdomen et de la région lombaire. L'oreille le perçoit assez bien lorsqu'on se place à 5 à 6 pouces de la région cardiaque. Ce bruit de souffle présente un maximum d'intensité assez difficile à localiser dans le cas présent.

Cependant il me semble l'entendre dans sa plus grande force au niveau du premier espace intercostal gauche près du sternum. On l'entend mieux à gauche qu'à droite où il se propage à cause de son intensité exceptionnelle. On l'entend également dans les carotides mais il ne présente plus son caractère de rudesse, et cette propagation inusitée dans la sténose pulmonaire excepté lorsqu'il y a en même temps communication interventriculaire, s'explique, chez mon malade, par la même raison d'intensité peu ordinaire de son bruit de souffle. On n'entend pas du tout les autres bruits cardiaques de la base. A la percussion le cœur mesure 10 centimètres de long par 8 centimètres de large soit une superficie totale de 66.40 centimètres carrés. D'après E. N:ill le cœur mesure 7 centimètres de long par 5 à 6 centimètres de large soit une superficie de 34.86 centimètres carrés chez un enfant de 11 à

15 ans. Le *pouls* est régulier, la pression artérielle marque 14 au sphygmomanomètre Potain. Les urines sont normales. Les poumons le foie et les autres organes me paraissent sains. J'ai posé comme diagnostic: rétrécissement pulmonaire *probablement congénital!* Le diagnostic des affections du cœur n'est pas toujours facile à faire et j'ai cru bon d'être prudent dans le cas présent.

Permettez-moi de vous rappeler les principaux signes de la sténose pulmonaire et je terminerai en vous disant pour quelles raisons je crois que mon malade en souffre.

Morgagni, le premier, décrivit les lésions de l'orifice pulmonaire rétréci. D'après Gibson, Hope aurait été le premier à donner les moyens de reconnaître cette maladie chez le vivant.

Cependant jusqu'au mémoire de Constantin Paul (1871) le rétrécissement pulmonaire acquis n'était pas connu. Tant qu'au rétrécissement congénital, il était confondu avec la maladie bleue ou cyanose.

Dans l'étiologie de cette maladie il faut considérer la forme congénitale et la forme acquise.

I. — FORME CONGÉNITALE: Les malformations cardiaques étaient autrefois attribuées à des influences des mauvais esprits.

Lémery croyait à des défauts inhérentes au germe et Winslow à des accidents survenus après la fécondation. Bouillaud pense qu'elle étaient sous la dépendance de maladies survenues chez la mère au cours du développement du fœtus.

Il existe aujourd'hui deux théories pour expliquer les affections congénitales du cœur. La première enseigne que ces accidents sont amenés par un défaut de développement soit par arrêt, soit par excès. Geoffroy Saint-Hilaire, au commencement du siècle dernier, a montré qu'en agitant un œuf de poule ou en le vernissant il pouvait modifier le développement du poulet en le déformant. Panum et Dareste ont répété des expériences. Féré a reproduit les mêmes anomalies en injectant des toxines dans un œuf. Cette dernière expérience nous prouve que les agents qui produisent des mala-

dies chez les individus pendant la vie extra-utérine et à la fin de la vie intra-utérine sont capables de provoquer des malformations lorsqu'ils agissent sur le fœtus au début de la conception alors qu'il est en voie de développement. Comme le dit Ballantyne les causes sont les mêmes à la fin comme au début de la vie intra-utérine, les effets seuls varient. A la fin de la vie intra-utérine lorsque tous les organes sont complets il en résulte une maladie seulement, mais au début, alors que les organes sont en voie de formation, il se produit un vice de conformation.

“ Telles sont, dit Pierre Marie, les deux opinions en présence. Je n'ai pas la prétention de trancher un différend qui, comme vous l'avez vu, divise les meilleurs esprits. J'ayoueraï cependant que mes préférences iraient plutôt vers sur la théorie des *malformations embryogéniques*. Mais d'autre part on ne saurait méconnaître que la théorie de l'endocardite fœtale doit s'appliquer très légitimement à quelques cas de malformations congénitales du cœur; il est vraisemblable en effet que certains faits d'*innocclusion du septum interventriculaire* ou du *septum interauriculaire* ne reconnaissent pas d'autre mécanisme. ” — (P. Marie Leçons de Cli. Méd. 1894-95).

Quelles sont les déformations congénitales du cœur? Je ne veux entrer dans les détails trop longs et inutiles, qu'il me suffise que le cœur peut présenter:

1° Un arrêt de développement alors qu'il est constitué par un ventricule et une oreillette. Cette anomalie est très rare et en outre incompatible avec la vie.

2° La communication inter-ventriculaire par suite d'un arrêt dans le développement de la cloison musculaire qui pousse de la pointe à la base vers la séparation complète des deux cœurs. Cette lésion congénitale est assez fréquente et compatible avec la vie. Je l'ai trouvée moi-même au cours d'une autopsie.

3° La permanence du trou de Botal ou communication interauriculaire est due également à un arrêt dans le développement de la cloison interauriculaire. Elle est également commune et compatible avec la vie.

4° La déviation de l'aorte à droite avec ouverture dans le

ventricule droit tient à un vice de développement du septum interventriculaire.

5° Le rétrécissement de l'artère pulmonaire peut se montrer primitif mais il est plus souvent secondaire et dû à ce que le sang, trouvant du côté de l'hiatus interventriculaire et de l'aorte déplacée à droite, un facile passage, ne se porte plus qu'en faible quantité vers l'artère pulmonaire, d'où l'atrésie de celle-ci et la persistance du canal artériel par lequel l'ondée sanguine pénètre encore en quantité suffisante dans les vaisseaux du poumon.

Pour les auteurs qui croient plutôt à la théorie de l'endocardite foetale le placenta qui offre une barrière sûre au passage des microbes laisse filtrer leurs toxines. Celles-ci engendreront l'endocardite foetale et s'attaqueraient de préférence au ventricule droit qui a plus à faire alors que le cœur gauche. L'orifice pulmonaire est plus souvent affecté que la tricuspide.

II.—LE RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE ACQUIS est le résultat d'une endocardite dont la phase aiguë a très souvent été latente ou méconnue. Tout semble établir que l'étiologie de la sténose pulmonaire est la même que celles des autres lésions orificielles. On a cité comme causes exceptionnelles le traumatisme et la syphilis.

Potain et Rendu distinguent, avec C. Paul, trois variétés principales de sténose, suivant qu'elle siège au niveau des valvules, en amont de ces valvules vers l'infundibulum pulmonaire, en aval vers les branches de l'artère pulmonaire.

Le rétrécissement siégeant au niveau des valvules pulmonaires est de beaucoup le plus fréquent, 22 fois sur 32 autopsies d'après Vimont. Le plus souvent les valvules sont accolées par leurs bords libres et forment un cône à petite ouverture se dirigeant à l'intérieur de l'artère pulmonaire. Si les valvules sont en même temps épaissies et durcies au point que leur rapprochement devient impossible il existe en même temps de l'insuffisance.

LE RÉTRÉCISSEMENT PRÉ-ARTÉRIEL, de C. Paul est le résultat d'une endocardite du ventricule droit propagée dans l'in-

térieur de l'infundibulum qu'elle transforme en canal fibreux.

LE RÉTRÉCISSEMENT DU TRONC PULMONAIRE est rare. Il est lié à l'endartérite primitive avec athérome de l'artère pulmonaire. L'un comme l'autre de ces rétrécissements détermine des lésions secondaires du cœur et de l'artère pulmonaire. La plus caractéristique est l'hypertrrophie avec ou sans dilatation du ventricule droit, due au surcroît de travail qui lui est imposé. L'artère pulmonaire peut également se dilater en aval du rétrécissement et atteindre 12 et même 16 centimètres de circonférence.

Cette dilatation artérielle serait due à la coexistence avec l'endocardite de l'endartérite et de l'athérome pulmonaire, elle contribue à donner au souffle caractéristique de la sténose sa rudesse et son intensité, l'artère pulmonaire dilatée venant se mettre en contact direct avec la paroi thoracique et la dilatation accentuent encore la différence de calibre entre l'orifice rétréci et les vaisseaux (Vimont).

Dans le rétrécissement congénital, loin d'être dilatée, l'artère pulmonaire est transformée en un canal fibreux et étroit, elle semble avoir subi un véritable arrêt de développement. D'une façon générale le rétrécissement acquis se distingue du rétrécissement congénital par la dilatation et non la rétraction du tronc de l'artère pulmonaire, par l'absence de communication interventriculaire ou interauriculaire.

LE RÉTRÉCISSEMENT PULMONAIRE ACQUIS ne s'accompagne pas généralement de troubles fonctionnels. Ce n'est qu'à une période avancée, lorsque le ventricule droit cède sous l'influence de marches forcées ou d'un travail exagérée que la drypnée etc., fait son apparition. Les individus porteurs de cette lésion valvulaire se comportent à peu de chose près, comme ceux qui ont une ou plusieurs des autres orifices valvulaires malades.

La cyanose peut cependant exister s'il y a en même temps permanence du trou de Botal. La stase veineuse et l'œdème conséquences d'une insuffisance tricuspидienne secondaire ne s'observent que dans le plus petit nombre de cas.

Le poulx ne présente rien de particulier excepté lorsque le

cœur cède et devient insuffisant. A l'inspection et à la palpation on constate que la pointe bat généralement en dehors du mamelon par suite d'une hypertrophie du cœur droit, et l'on sent un frémissement très marqué chez les uns et moins facile à percevoir chez d'autres. Ce frémissement siège au niveau du deuxième espace intercostal gauche près du sternum. La surface cardiaque est plus ou moins augmentée transversalement. A l'auscultation on entend un souffle systolique de la base. Ce souffle est superficiel, rude, râpeux et parfois assez intense pour être entendu à une certaine distance du thorax. C'est un souffle systolique prolongé, couvrant complètement le premier bruit du cœur, se continuant pendant le petit silence et parfois même masquant le deuxième bruit que l'on ne retrouve qu'en appliquant le stéthoscope en d'autres points de la région précordiale (Vimont).

De son foyer maximum il se propage sans l'atteindre vers la partie interne de la clavicule gauche, c'est-à-dire sur le trajet de l'artère pulmonaire. Il diminue et disparaît à droite à mesure qu'on se rapproche du foyer des bruits de l'aorte. Parfois on l'entend, mais de plus en plus atténué, vers la pointe, et même, quand le poumon est infiltré et induré, dans une grande partie de la poitrine. Il est plus intense dans la position horizontale et s'atténue dans la position verticale ou assise; il diminue également et peut disparaître dans l'expiration forcée, c'est-à-dire dans l'effort (C. Paul).

La tuberculose pulmonaire est souvent une complication qui clot la scène pour le malade porteur d'un rétrécissement pulmonaire. Cette lésion orificielle lorsqu'elle est modérée peut être cependant tolérée et être compatible avec une vie assez longue. Cette prédisposition à la tuberculose créée par l'insuffisance de la circulation artérielle pulmonaire est intéressante à mettre en regard de l'antagonisme produit par la stase veineuse du rétrécissement mitral.

“ Le pronostic dépend de l'étroitesse du rétrécissement, des phénomènes fonctionnels qui en résultent et des troubles de la nutrition générale qui ouvrent la porte à l'infection tuberculeuse. Malgré la survie longue et la tolérance parfois observées, le pronostic est le plus souvent grave.” (Merklen).

Ce souffle systolique entendu au niveau de l'orifice pulmonaire n'est pas nécessairement d'origine artérielle. Il faut en effet pour chaque malade chez qui l'on soupçonne une sténose de l'artère pulmonaire éliminer la possibilité d'un souffle inorganique. Ces souffles appelés cardio-pulmonaires par Potain s'entendent souvent dans l'anémie et la chlorose dans la maladie de Graves et chaque fois que les rapports du cœur et du poumon sont modifiés. Ces souffles sont moins forts ne s'accompagnent pas de frémissement ni d'hypertrophie ventriculaire et offrent des caractères de durée et de modifications qui permettent de les reconnaître sans trop de difficultés. La compression de l'artère pulmonaire ou de ses branches par des tumeurs ou des ganglions tuberculeux donne lieu à un souffle semblable à celui du rétrécissement. Mais ce souffle s'entend plus en arrière et le second bruit pulmonaire est très marqué par suite de la pression exogérée dans l'artère. La pression exercée par le stéthoscope sur la poitrine à parois minces peut occasionner un bruit de souffle. Cette cause d'erreur sera facile à éviter en pratiquant l'auscultation directe avec l'oreille appliquée sur le thorax. La permanence du canal artériel donne un souffle qui se distingue de celui du rétrécissement pulmonaire par les caractères suivants: il s'entend plus en dehors du sternum, commence après le premier bruit et se continue au-delà de second. Il n'y a guère moyen de confondre le souffle systolique de l'insuffisance mitrale ou tricuspide avec le souffle de la sténose pulmonaire. Dans la sténose aortique le souffle se propage dans les carotides et le maximum d'intensité siège à droite du sternum.

Voilà rapidement passés en revue les principaux symptômes de la sténose de l'artère pulmonaire. Que penser maintenant de mon petit malade? J'ai dit qu'il avait une sténose de l'artère pulmonaire et je le crois pour les raisons suivantes:

1° A cause du *souffle systolique* de la base, son siège et ses caractères, particulièrement marqués chez lui, d'intensité et de rudesse.

2° A cause du *frémissement cataire* et de son siège pathognomonique.

3° A cause de l'*hypertrophie du ventricule droit*, qui ne peut être attribuée ici à aucune autre cause.

S'agit-il de la forme congénitale? Je le crois malgré que l'enfant n'ait pas et n'ait jamais eu de cyanose, je le crois parcequ'il est chétif, peu développé et qu'il souffre de son cœur depuis son enfance. A la question: est-il possible de reconnaître s'il s'agit d'un rétrécissement *congénital* ou *acquis*? Merklen répond que ce diagnostic n'est pas toujours facile. On pourra affirmer le rétrécissement congénital dans la première enfance, surtout s'il y a coïncidence de cyanose. Plus tard et chez l'adulte, la cyanose et les signes d'une communication interventriculaire ou interauriculaire plaideront encore en faveur du rétrécissement congénital. On n'oubliera pas, toutefois, qu'une perte de substance du septum interventriculaire a été parfois observée avec le rétrécissement pulmonaire acquis à la suite d'une endomyocardite. D'autre part, le rétrécissement peut être acquis et secondaire chez un malade atteint de malformation congénitale. On se basera sur les antécédents de dyspnée et de cyanose intermittente dans l'enfance pour le rétrécissement congénital, ceux d'endocardite, rhumatismale, puerpérale ou de traumatisme pour le rétrécissement acquis. Sansom signale comme autre signe de rétrécissement congénital l'extrême dilatation du cœur droit, et Leube l'accentuation du deuxième bruit.

Quel traitement faut-il prescrire à mon petit malade? Bien peu de chose en dehors des règles ordinaires de l'hygiène. J'ai conseillé à son père de lui faire faire assez d'études et cela sans surmenage, pour qu'il lui soit facile plus tard d'obtenir une occupation peu fatigante. J'ai prescrit, en outre, une bonne alimentation et le séjour à la campagne l'été autant que possible.

**COLLEGE DES
MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUEBEC.**

BUREAU PROVINCIAL DE MEDECINE

EXAMEN PRELIMINAIRE.

L'examen pour l'admission à l'étude de la Médecine et de la Chirurgie commencera JEUDI et VENDREDI, les 30 JUIN et 1er JUILLET prochain, à 9 heures a. m., dans les salles de l'Université Laval, rue St-Denis.

Les certificats de bonne conduite, ainsi que l'honoraire de l'examen, \$20, doivent être remis au moins dix jours à l'avance, entre les mains de l'un des secrétaires soussignés.

R. PAQUIN, M. D., Québec,
J. A. MACDONALD, M. D., Montréal,

Secrétaires.

19 mai 1904.

**COLLEGE DES
MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE LA PROVINCE DE QUEBEC.**

BUREAU PROVINCIAL DE MEDECINE

ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE.

L'assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine aura lieu MERCREDI, le 6 JUILLET prochain, à Montréal, dans les Salles de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, rue St-Denis, à 10 heures a. m.

Les Candidats à l'Examen Professionnel ou à la licence doivent remettre l'honoraire, \$40, entre les mains de l'un des Secrétaires soussignés, au moins dix jours d'avance.

Le comité des créances s'assemblera MARDI, le 5 JUILLET prochain, à 9 heures a. m., les candidats doivent se présenter avec leurs diplômes et certificats d'admission à l'étude. Après cette date aucun candidat ne sera admis.

Le Comité d'Examen Professionnel se réunira MARDI, le 5 JUILLET prochain, à 9 heures a. m.

Les Bacheliers ès-Arts, ès-Sciences et ès-Lettres, qui se proposent d'étudier la médecine, pourront avoir leur brevet sans examen, en se faisant assermenter sur leurs diplômes respectifs par l'un des Secrétaires, au moins huit jours à l'avance, ou bien, à leur choix, ils pourront prêter serment devant un juge de paix ou un commissaire de la Cour Supérieure résidant dans leur localité, d'après une formule d'affidavit qu'ils pourront se procurer chez l'un des Secrétaires.

Ils devront ensuite adresser le dit affidavit avec leur diplôme, le certificat de bonnes mœurs et leur honoraire à l'un des Secrétaires, au moins 10 jours avant la date de l'assemblée du Bureau.

Ces certificats et diplômes seront renvoyés à leurs propriétaires, aussitôt leur authenticité reconnue.

R. PAQUIN, M. D., Québec,
J. A. MACDONALD, M. D., Montréal,

Secrétaires.

19 mai 1904.

DE LA NÉCESSITÉ DE DÉTERMINER L'INDICATION THÉRAPEUTIQUE DANS CHAQUE CAS

Par le docteur HERVIEUX,

Professeur de Thérapeutique à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Je tiens à dire, en commençant, que je ne veux pas faire une attaque contre les maisons de spécialités pharmaceutiques. Plusieurs de ces maisons sont de réputation universelle, et bon nombre de spécialités ont une valeur thérapeutique indiscutable.

Mais il n'est pas moins vrai que nous sommes noyés sous le flot montant des préparations officinales. J'ai là, sur ma table de travail, quinze imprimés recommandant une spécialité quelconque contre une ou des affections quelconques et même des panacées contre toutes les maladies, c'est le cadeau que m'a fait la malle d'hier. Et cette générosité se répète plusieurs fois dans le mois.

Pour une maison sérieuse qui annonce une bonne préparation, nous trouvez des centaines d'officines louches ou d'individus sans scrupules qui inondent la pharmacie et la profession médicale de mixtures innommables et *innommées*, et qui, à force d'argent, pour acheter des étiquettes flamboyantes et la bonne volonté des grands journaux, font rapidement des fortunes colossales aux dépens des bons gogos, médecins et patients.

Est-ce à dire que nous ne devrions jamais prescrire les spécialités officinales? Je n'irai pas jusqu'à poser une règle générale aussi draconienne et aussi absolue. Mais je suis d'opinion qu'il faudrait pouvoir établir l'indication thérapeutique d'une préparation pharmaceutique avant que d'en recommander l'emploi. Pour cela, il faut de toute nécessité connaître dans ses détails la composition de telle préparation spéciale afin de chercher si, dans le cas à traiter, l'indication en est complète ou s'il n'y a pas quelques médicaments qui en contre-indiquent l'usage.

Je poserai donc en principe, qu'il ne faut jamais prescrire une spécialité pharmaceutique dont les ingrédients nous sont inconnus.

Certains pharmaciens se contentent de donner les usages possibles d'une préparation de leur invention. Sur un papier enveloppant ordinairement le flacon, vous trouvez par exemple, que la mixture ci-dessous guérit de la coqueluche, de l'asthme, des bronchites, de la consommation etc., etc. Les deux et cœteras sont naturellement là pour dire, que vous pouvez de plus guérir au moyen de ce remède toutes les autres maladies des organes de la respiration.

Cette manière de faire est très commune, je dirai même que c'est la plus ordinaire et beaucoup de médecins se croient autorisés à prescrire ces préparations sur la foi des assertions de l'inventeur.

Cette action du médecin n'est pas professionnelle non plus que scientifique et nous allons voir quels sont les aléas que peuvent présenter les certificats donnés par les propriétaires de remèdes.

Prenons d'abord que l'inventeur soit un pharmacien honnête et capable. Sa compétence peut bien aller jusqu'à lui permettre de faire des mélanges parfaitement assortis sous le rapport des convenances chimiques, physiques et dynamiques, mais je doute fort qu'elle puisse aller jusqu'à vous fournir, dans tous les détails, les indications thérapeutiques des médicaments constituants de la mixture préconisée. Pour cela il faudrait que ses connaissances de pharmacie fussent complétées de connaissances médicales plus étendues, et nous entrons alors sur le domaine de la médecine. Dès lors, le certificat présente des lacunes nécessaires et irrémédiables qui doivent nous le faire rejeter ainsi que la préparation.

Il y a tant de causes qui peuvent faire varier les effets des médicaments, et partant en changer l'indication en contre-indication; je comprends que le pharmacien a pu faire la part de celles qui sont inhérentes au médicament lui-même, v. g. degré de solubilité, rapidité d'élimination, action chimique réciproque d'une substance sur une autre, etc., mais les causes qui viennent de la part du malade lui-même ou de la maladie, le pharmacien peut-il les prévoir aussi sûrement et les indiquer? Cela me paraît bien impossible. Et cependant ces cau-

ses sont bien nombreuses et pour les découvrir, il faut quelquefois mettre en exercice un jugement solide aidé de connaissances sérieuses et variées.

Souvent l'inventeur d'une préparation pharmaceutique, à la suite des indications d'emploi, imprime les certificats de médecins connus ou inconnus, pour prouver la valeur de son remède et pour le faire prescrire en toute confiance. Je ne parle pas des certificats d'efficacité donnés par les malades ou encore signés d'un Docteur *** trois étoiles, quelconque; l'on sait comment s'obtiennent ces témoignages et ce qu'ils valent. Je dis toutefois que le fait de voir la signature d'un homme connu, et ayant autorité, endosser la valeur d'une préparation ne nous justifie pas toujours de l'employer, ou tout au moins de la donner, de confiance, dans tous les cas; autant vaudrait dire qu'un juge ne devrait jamais s'occuper des faits de la cause pendante devant lui et ne s'appuyer que sur la jurisprudence (jugements antérieurs rendus dans des causes analogues) pour prononcer la sentence.

Supposons maintenant que l'inventeur soit un pharmacien honnête mais incompetent et cela est dans l'ordre. Dans ce cas des choses possibles, les directions d'emploi ne peuvent être une justification pour le médecin qui prescrit une semblable préparation et les accidents qui découleraient d'une pareille imprudence sont imputables au médecin tout autant qu'à l'inventeur.

Enfin admettons que l'inventeur ne soit ni compétent, ni honnête, oh! les certificats et les indications d'usage ne servent qu'à couvrir les plus honteuses exploitations de la confiance et de la bêtise humaines et le moins que nous puissions dire de ces médecines, inventions de cette dernière classe de producteurs, c'est qu'elles sont des substances dangereuses sinon criminelles quand elles sont autre chose que des placebo.

Il est bien difficile au médecin de parvenir à établir la valeur de ces remèdes secrets, propriétés d'un inventeur appartenant à l'une ou à l'autre de ces trois classes de producteurs. Souvent c'est la plus mauvaise préparation qui est présentée sous les plus séduisants dehors.

La préparation qui s'adresse directement au public échappe à notre contrôle et conséquemment à nos appréciations. Le médecin doit, de parti pris, refuser de les prescrire.

Les propriétaires peuvent dire: Si nous livrons la formule de nos spécialités, nous perdons le fruit de notre travail et de nos études et nous tirons les marrons du feu...

Je n'amoindrirai pas la force de cette objection et je reconnais que l'intérêt du fabricant est là sérieusement menacé.

Je ne verrais qu'un moyen sûr de faire disparaître cet'e objection: ce serait la création d'un contrôle direct par l'Etat. Ce contrôle serait exercé par un bureau de médecins et de pharmaciens qui se chargeraient de voir si les remèdes lancés peuvent réellement remplir les promesses qui les accompagnent et dans quelles conditions ils peuvent tenir ces promesses. Les formules seraient forcément déclarées à ce bureau de contrôleurs et pourraient rester lettre close pour les autres.

Et puis il n'est pas toujours facile de copier parfaitement surtout s'il n'y a que les médicaments actifs d'une préparation qui soient connus.

J'ai là, devant moi, une spécialité américaine fabriquée par deux autres maisons. Les deux copies ne ressemblent que de très loin au modèle et je suis pourtant convaincu que les médicaments actifs des trois préparations sont les mêmes.

De plus, il y a la réputation du médecin traitant en jeu et, enfin de compte, ce qui prime tout c'est l'intérêt de nos malades. Il ne nous est pas permis de faire courir à nos patients le risque de nuire à leur guérison ou à leur santé en prescrivant, à l'aveugle, un remède qui pourrait être contre-indiqué.

La nécessité de déterminer l'indication thérapeutique dans chaque cas peut donc aussi être tirée de considérations qui intéressent personnellement le médecin et, last but not the least, le malade lui-même nous en ferons l'objet de prochaines communications.

UNE OBSERVATION DE POLYNEVRITE ALCOOLIQUE

Par le Docteur OLIVIER TOUBIGNY,

Médecin de l'Institut électrothérapique des Trois-Rivières.

L'histoire des névrites est encore toute récente, elle date de trente ans à peine; les anciens auteurs n'admettaient guère en fait d'affections des nerfs périphériques que les névralgies et les névrites d'origine traumatique ou par propagation inflammatoire; pour eux la névrite était donc plutôt une affection chirurgicale. Voici ce que dit de Niemeyer au sujet de l'étiologie des névrites: " Parmi les causes déterminantes de la névrite, il y a lieu de citer avant tout les lésions traumatiques des nerfs, surtout les plaies par instrument piquant, les contusions et les déchirures. Dans d'autres cas la névrite n'est que le résultat d'une inflammation qui d'un organe voisin s'est propagée sur le nerf atteint. Enfin on prétend l'avoir observée dans quelques cas rares comme affection spontanée, dite inflammation rhumatismale. "

Les maladies infectieuses, les intoxications par l'alcool, le plomb, l'arsenic etc n'étaient pas considérées comme pouvant causer une altération des nerfs. On croyait de plus que lorsqu'il y avait inflammation d'un nerf cette inflammation était toujours interstitielle.

Charcot, le premier, montra que l'on pouvait avoir une inflammation parenchymateuse, que l'élément noble du nerf pouvait être atteint, il s'appuyait sur les travaux de Ranvier qui avait prouvé que des fibres nerveuses peuvent être atteintes d'un véritable processus inflammatoire comparable à celui de l'ostéite. Enfin Joffroy, en 1879, démontra que la névrite pouvait se développer à la suite de certaines maladies infectieuses ou de certaines intoxications.

Depuis cette époque les névrites furent l'objet d'un grand nombre de travaux, et les troubles nerveux de l'alcoolisme chronique furent surtout bien étudiés et devinrent le type des troubles produits par lésion des nerfs périphériques. En effet ce fut par cette affection que l'on prouva que la dégénérescence du tronc nerveux peut exister spontanément et sans être amenée par une maladie de la moëlle.

L'observation suivante, prise le 9 décembre 1903, est celle d'un cas que j'ai eu occasion de suivre avec mon confrère le docteur DeBlois, pendant ces derniers mois et qui nous montre d'une manière assez caractéristique les symptômes et la marche de la polynévrite alcoolique.

OBS. — W. B., Employé de commerce, âgé de 33 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires. Le père est mort à 50 ans, noyé; il était épileptique. La mère est vivante et en bonne santé, elle est âgée de 55 ans. Un frère et une sœur sont morts en bas âge de maladies infectieuses.

Antécédents personnels. Le malade a eu à l'âge de 16 ans une inflammation d'intestins et quelques années plus tard une blennorrhagie, on ne trouve pas d'histoire de syphilis. Depuis une dizaine d'années il faisait un usage immodéré de boissons alcooliques, il prenait en moyenne 15 verres d'alcool par jour. De mars à septembre 1903 il cessa de boire mais il recommença alors et continua jusqu'après le début de la maladie actuelle.

Cette maladie a débuté il y a à peu près trois mois; à cette époque le malade commença à ressentir un engourdissement dans les mains mais il n'y prêta aucune attention; quelques jours plus tard, travaillant les pieds dans l'eau, il prit du froid et bientôt la maladie se déclara plus sérieuse et augmenta tous les jours d'intensité. Ce fut d'abord une faiblesse des jambes, débutant par les pieds et remontant graduellement vers la racine de membres; les douleurs provoqués se montrèrent alors et enfin les bras furent aussi atteints de faiblesse en même temps que d'un certain degré d'hyperesthésie.

Au moment où je le vois il se plaint surtout et presque uniquement de faiblesse des membres avec douleurs, mais ces douleurs ne sont jamais spontanées, elles n'apparaissent qu'à l'occasion d'une excitation quelconque. Le malade éprouve de la difficulté à marcher, il semble incoordonné et à première vue on pourrait songer au tabès mais la démarche n'est pas ataxique, c'est plutôt du *steppage*. Le pied est ballant à cause de la parésie des extenseurs qui n'ayant plus le tonus suffi-

sant ne maintiennent pas l'antagonisme nécessaire pour tenir le pied immobile. La station debout n'est pas ferme, le malade est obligé d'élargir sa base de sustentation et si on lui dit de fermer les yeux l'équilibre est encore moins stable.

Les troubles de la sensibilité sont plus accusés que les troubles moteurs, le malade éprouve des douleurs à la plante des pieds en marchant, suivant son expression, c'est comme s'il marchait sur des cailloux. De plus la moindre pression sur les masses musculaires des membres ou aux points d'émergence des nerfs lui cause une douleur atroce, cependant il n'y a pas de douleurs spontanées, il n'y a pas non plus d'hyperesthésie cutanée.

La sensibilité tactile est un peu émoussée aux mains, lorsqu'il saisit un objet entre ses doigts, il a la sensation d'avoir une couche de liège interposée entre cet objet et ses doigts. Il a de plus un engourdissement des doigts qui le gêne quand il veut saisir de petits objets.

La sensibilité thermique est plutôt exagérée.

Le sens stéréognostic est aboli, mais la notion de position est conservée si on fait étendre les mains au malade on voit qu'elles sont animées d'un tremblement vibratoire rapide.

Les réflexes rotuliens, du tendon d'Achille, olécrânien et du poignet sont abolis. Si on excite la plante du pied le premier orteil reste immobile. Les réflexes abdominaux et crémasteriens sont conservés.

La pupille réagit paresseusement mais elle réagit aussi bien à la lumière qu'à l'accommodation et à la convergence, il n'y a donc pas d'Argyll Robertson. On ne constate pas d'autres troubles oculaires.

Il y a un certain degré d'atrophie des muscles des jambes et des bras et la peau présente un aspect écailleux.

L'examen électrique montre que la réaction de dégénérescence existe complète dans les extenseurs du pied, incomplète dans les autres muscles des membres. Cet examen fut très sommaire à cause des douleurs qu'il provoquait.

Il n'y a pas de troubles vésicaux, pas de douleurs en ceinture ni de crises gastriques.

L'appétit est bon, les grandes fonctions se font bien cependant le sommeil est un peu agité.

Nous nous trouvons en présence d'un malade dont le système nerveux est lésé, mais cette lésion est-elle organique, ou souffre-t-il d'un simple trouble fonctionnel? L'examen des symptômes nous permettra de résoudre facilement cette question. En effet l'abolition des réflexes, l'atrophie musculaire précoce, la réaction de dégénérescence nous permettent de mettre de côté l'hypothèse d'un trouble fonctionnel.

Il s'agit donc d'une affection organique du système nerveux, mais la lésion est-elle au cerveau, à la moëlle ou aux nerfs périphériques? Théoriquement la réponse est facile; dans les lésions cérébrales les symptômes doivent être hémiplésiques, dans les lésions médullaires ils doivent être paraplésiques, dans les lésions des nerfs périphériques ils doivent être dissociés. En pratique il est beaucoup plus difficile de se prononcer à cause des nombreuses exceptions qui peuvent se présenter.

Dans le cas qui nous occupe nous pouvons affirmer que la lésion n'est pas cérébrale parce qu'il y a abolition des réflexes, troubles trophiques, réaction de dégénérescence dans les muscles et de plus il n'y a aucun symptôme positif du côté du cerveau.

Nous pouvons avoir affaire à une affection de la moëlle et nous devons nous arrêter plus longtemps à cette hypothèse; nous laisserons de côté les maladies dans lesquelles le faisceau pyramidal est atteint: myélite transverse, compression de la moëlle, sclérose combinée etc., dans tous ces cas les réflexes tendineux sont exagérés et il n'y a pas d'hyperesthésie.

La polyomyélite antérieure aiguë de l'adulte présente à peu près les mêmes symptômes que ceux que l'on trouve chez notre malade, mais le début est plus brusque, la maladie marche beaucoup plus rapidement, enfin ici encore les troubles sensitifs sont beaucoup moins accusés. On peut en dire autant de la paralysie ascendante aiguë de Landry dont la marche est plus régulière et plus rapide.

A première vue on pourrait croire à un cas de Tabes; notre

malade a une démarche incoordonnée, ses réflexes rotuliens sont abolis, il présente une ébauche du signe de Romberg, ses pupilles réagissent mal et il a des douleurs. Cependant si on l'examine de près on voit que sa démarche n'est pas ataxique mais il steppe à cause de la paralysie des extenseurs du pied. Ses pupilles réagissent aussi mal à l'accommodation qu'à la lumière, il ne présente donc pas le signe d'Argyll-Robertson. Notre malade a de la paralysie de certains muscles, dans le tabes tous les muscles gardent leur force normale. Il n'y a jamais eu ni douleurs fulgurantes, ni douleurs en ceinture, ni crises gastriques, ni troubles des sphincters, ni paralysies oculaires. De plus l'hyperesthésie des masses musculaires n'appartient pas au Tabes; nous pouvons donc mettre de côté ce diagnostic.

Il s'agit donc d'une *affection des nerfs périphériques*, d'une polynévrite puisque plusieurs nerfs sont affectés à la fois.

La cause de cette polynévrite ne peut être douteuse, notre sujet n'a pas fait de maladies infectieuses, il n'a pas été exposé à l'intoxication par le plomb, le mercure ou l'arsenic, nous devons donc écarter les polynévrites infectieuses, saturnine, mercurielle ou arsénicale; il nous reste la polynévrite alcoolique, et nous voyons en effet que notre malade a fait pendant de longues années un usage immodéré de boissons alcooliques. C'est donc à cette affection que nous devons nous arrêter, et comme tous les symptômes peuvent s'y rapporter nous pouvons affirmer que nous avons affaire à un cas de polynévrite alcoolique à forme sensitivo-motrice.

Trois choses surtout sont à remarquer dans l'observation de ce cas. La première c'est le début de la maladie par les mains, la polynévrite alcoolique attaque généralement en premier lieu les membres inférieurs, les membres supérieurs ne sont que par exception pris les premiers.

Le deuxième point intéressant c'est le coup de fouet donné à la maladie par l'exposition au froid, le malade ressentait déjà quelques troubles du côté du système nerveux mais ces troubles étaient si légers qu'il n'y prêtait aucune attention, d'autant plus qu'ils ne paraissaient pas s'aggraver avec le

temps; or. après avoir pris du froid voilà que la maladie prend une allure beaucoup plus rapide et en quelques semaines le malade devient presque impotent. On doit croire que le refroidissement a diminué la résistance des nerfs à l'intoxication il peut même avoir causé un commencement d'inflammation sur laquelle s'est greffée l'inflammation due à l'alcool.

Le troisième point c'est l'hérédité nerveuse du sujet: le père était épileptique, le fils devient polynévritique, notre malade a sans doute hérité d'un système nerveux affaibli plus apte qu'un autre à être touché par une intoxication. D'un autre côté puisque l'alcoolisme joue un si grand rôle dans la genèse de l'épilepsie ne peut-on croire que l'alcoolisme de notre malade est un effet de l'atavisme? Mais laissons de côté ces questions qui nous conduiraient trop loin et occupons-nous du malade lui-même sans entrer dans la discussion des phénomènes de l'hérédité.

Le pronostic de la polynévrite alcoolique dépend beaucoup de l'état de dégénérescence des nerfs et des muscles, il dépend aussi de l'état général plus ou moins satisfaisant du malade. Dans un cas comme le nôtre, où les lésions sont récentes et où l'état général est bon, on peut affirmer que nous obtiendrons la guérison, mais les nerfs prennent toujours du temps à se régénérer et il faut compter sur une longue période avant d'obtenir la *restitutio ad integrum*.

Le traitement devait avoir pour but de débarrasser l'organisme des substances toxiques qui y étaient accumulées, et en second lieu de tonifier les nerfs et de leur rendre leur vitalité. Inutile de dire que l'alcool fut dès le début proscrit sous toutes ses formes.

Le malade fut d'abord traité à l'Hôpital St Joseph où on le mit au repos et au régime lacté mitigé; on lui fit des lotions froides sur les membres et on lui appliqua des compresses humides. Après quelques semaines il venait à notre Institut Hydro-Electrothérapique, nous avons alors institué le traitement suivant: pendant la première période, c'est-à-dire tant que les douleurs ne furent pas complètement disparues, nous avons employé les douches écossaises, le souffle électrique sta-

tique et le massage, à l'intérieur le malade prenait des glycérophosphates.

Lorsque l'état des nerfs le permit les douches écossaises firent place aux douches froides avec percussion, au lieu du souffle électrique on employa les étincelles statiques, augmentant graduellement d'intensité à mesure que la tolérance était plus grande. Plus tard on se servit d'électricité galvanique et faradique. Le massage fut continué et le malade prit de la strychnine aussitôt qu'il put la tolérer.

Sous l'influence de ce traitement nous avons pu constater une amélioration journalière, et après trois mois le malade était en état de reprendre ses occupations.

UN CAS D'INFECTION PUERPÉRALE A LA CAMPAGNE (1)

Par le docteur L. J. TRUDEAU,

De Saint-Rémi.

OBSERVATION.—Madame X... , que j'ai accouchée en 1901 et en 1903, sans aucunes complications sérieuses vient de mourir à la suite d'un troisième accouchement. La seule particularité de ses accouchements fut que, chaque fois, je dus me servir du forceps, à cause du ralentissement du travail. Lors de la naissance du deuxième enfant, Mde X... fit un peu de fièvre, le deuxième jour, un grand lavage intra utérin eut raison de tout.

Mais, à son dernier accouchement, la malade, qui avait traité une existence assez malheureuse pendant le dernier mois de sa grossesse, se plaignit de céphalgie et de douleur dans le bas ventre, le deuxième jour après son accouchement. Le mari que je rencontrai par hasard, m'apprit la chose. Comme cet homme demeure assez loin de chez moi, et qu'il n'était pas disposé à faire un voyage avec le médecin pour *si peu*, je lui conseillai de donner des douches vaginales avec l'acide borique. Deux jours plus tard, il vint me dire que sa femme était plus mal. J'allai la voir. Le pouls était à 120, la température à 103, les lochies presque nulles et fétides. Bref l'infection était manifeste. Je fis une grande injection utérine, suivie d'une semblable le lendemain matin. L'état de ma malade s'améliorait sensiblement cependant, je donnai instruction au mari de venir me chercher le soir du même jour. Il vint en effet, mais pour me dire que sa femme était bien mieux. Je lui demandai cependant de donner quelques douches vaginales à toutes les 5 heures. Le lendemain soir, mon client vint m'apprendre que sa femme était encore plus mal. Je répétai exactement ce que je venais de faire. La même amélioration se manifesta suivie de douches vaginales données par le mari, puis, recrudescence des symptômes. Lorsque j'arrivai de nouveau auprès de ma malade, le danger était manifeste. Le pouls était à 140, température 104½ F., délire, utérus flasque, un sang fétide mais peu abondant s'écoulait par la vulve. Je fis

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance du 19 avril 1904.

un grand curetage digital, accompagnée d'abondante injection, pansement à la gaze boriquée, un bulbe d'Ergot aseptique P. D. et Co., en injection hypodermique pour produire la contraction de l'utérus; je fis en outre une injection de sérum artificiel dans les flancs. Le soir, elle semblait s'améliorer sensiblement, nouvelle injection utérine. Le lendemain matin, mes dernières espérances s'évanouirent. Elle mourut sur le soir.

Vous m'en voudrez certainement de vous offrir une observation aussi banale, si je ne m'empresse de vous faire part de la trouvaille que je fis en cherchant à découvrir la cause de cette infection foudroyante chez une malade que j'avais déjà accouchée dans les mêmes conditions. Cette aliure périodique, ces paroxysmes si tranchés de la fièvre puerpérale m'intriguèrent beaucoup, jusqu'au moment où j'appris ce que je vais vous révéler.

Mon client, qui est cultivateur, a 20 vaches dont il envoie le lait à Montréal. Depuis longtemps avant l'accouchement de sa femme, deux de ces vaches étaient malades de fièvre puerpérale. L'odeur infecte des lochies de ces deux pauvres bêtes empestait l'étable au point que le propriétaire devait aérer avant de pouvoir y séjourner. Or ce brave homme voulant à tout prix guérir ses vaches, songea tout bonnement à leur donner ces injections comme le docteur en donne aux femmes. Et tout naturellement, il se servit de l'appareil à injection vaginale de sa femme. C'est ce même appareil fontaine, qui servait à donner les douches vaginales que je prescrivais, et c'est le mari lui-même qui les donnait. Pas n'est besoin de vous dire que ni la fontaine, ni les mains, ni les bottes, ni les culottes étaient désinfectées. Même toilette à l'étable que dans la chambre de la malade, ajoutez à cela le fait que mon client occupe une petite maison où il y a plusieurs enfants et des serviteurs qui vont traire les vaches, les soigner, etc., et reviennent à la maison tout dégouttants de fumier, vont déposer leurs habits ici et là, jusque dans la chambre de la malade, et vous comprendrez comme moi que, si dans ce cas, ma responsabilité n'est pas dégagée aux yeux de mon client, je puis au moins espérer mon pardon devant la science.

Il est futile pour moi d'ajouter que mon client n'était pas animé de mauvaises intentions. Ce Monsieur chérissait son épouse bien tendrement. Il la respectait, avait beaucoup de dévouement pour elle, et aurait sacrifié tout son troupeau pour lui procurer une heure de vie. L'ignorance des lois les plus élémentaires de l'hygiène et de l'antisepsie chez lui comme chez les gens de nos populations rurales doit seule être mise en cause dans le cas présent.

Ceux-là seuls, qui ont exercé à la campagne, savent les difficultés que l'on éprouve à obtenir de nos clients l'observance des règles les plus grossières de l'hygiène et de la propreté, sinon de l'antisepsie, dans les maladies contagieuses. Si l'on parle quelque part de désinfection et d'isolement, on nous répond invariablement "le malade ne boit pas dans *le gobelet* et personne ne couche avec lui." C'est à peu près tout ce que l'on sait faire. Le bureau de l'instruction publique exige cependant que l'hygiène soit enseignée, dans nos écoles élémentaires. Au cours d'une conversation que j'avais l'autre jour avec le président de la commission scolaire de ma paroisse, je lui demandais comment répondent nos enfants sur les questions d'hygiène? Il me dit que ni lui, ni Messrs les Commissaires, ni M. le Curé qui vont faire les examens depuis plusieurs années, n'ont jamais eu le temps d'examiner les enfants sur cette matière là... Il y a certainement là une lacune que nos gouvernants devraient songer à combler. Si on enseignait cette science à nos enfants dès le bas âge, plus tard ils en comprendraient l'importance et la nécessité, et alors le médecin aurait peut-être le loisir de parler propreté, hygiène, antisepsie à son client sans avoir la voisine *ou la commère du rang* pour lui répondre: mon ptit ou ma ptite l'a eu cette maladie et on l'a ben réchappé sans ça: ou quelque chose de semblable.

Nous seuls savons quelles difficultés nous rencontrons parfois, surtout pour faire un accouchement. L'ignorance, la malpropreté, et la négligence jointes aux interventions d'un

charlatanisme diabolique sont plus que suffisants pour faire le désespoir de l'accoucheur. Supposez en plus que la parturiente habite loin, même très loin de notre bureau, que les chemins sont impraticables, et vous aurez une idée des émotions, pour ne pas dire des ennuis que les accouchements, surtout lorsqu'ils se compliquent, provoquent dans la vie assez monotone du médecin de campagne.

A la ville, le médecin voit la parturiente chaque jour de ses relevailles. Ici la chose est impossible à cause des longues distances qu'il nous faut parcourir. A la ville, le médecin juge par lui-même. Ici, nous devons nous en rapporter à la famille qui nous dépêche un de ses membres, quand il est déjà tard, avec des nouvelles de commères qu'il faut accepter pour ce qu'elles valent.

Je ne répète pas ces choses pour me départir de ma part des responsabilités dans le cas ci-dessus rapporté, non, mais je voudrais le crier aux quatre coins du pays, pour que tous mes confrères de campagne m'entendent et fassent des efforts communs pour améliorer notre situation vis-à-vis de nos clients: *Ne faisons plus d'accouchements à des prix ridiculeusement bas et nos accouchées s'en porteront sûrement mieux.*

Cette observation malheureuse m'a été précieuse comme enseignement et elle confirme en moi la pratique que j'ai adoptée depuis assez longtemps de ne pas prescrire de douches vaginales après l'accouchement. Et je crois que toujours le médecin devra se faire un devoir de les donner lui-même. Si, comme le veulent certains accoucheurs, la douche vaginale quotidienne est destinée à procurer du bien être à nos accouchées, il nous faut se rappeler que l'asepsie n'est pas toujours facile à obtenir à la campagne et je suis convaincu maintenant qu'elle peut devenir nuisible, et qu'il faut par conséquent s'en abstenir.

TUBERCULOSE PULMONAIRE (APYRITIQUE)

Traité au moyen des injections de sérum anti-tuberculeux Marmorek

Par les

Docteurs L. J. LEMIEUX et A. J. RICHER, de Montréal.

Le Sérum anti-tuberculeux de Marmorek a été expérimenté depuis bientôt quatre mois. Or, comme nous avons à cœur de démontrer impartialement à la profession médicale de ce pays, où la tuberculose fait de si grands ravages, les résultats obtenus par ce Sérum, nous avons accepté avec empressement l'hospitalité de L'UNION MÉDICALE DU CANADA, pour publier toute une série d'observations sur ce sujet. Ces observations auront l'avantage de n'avoir eu comme seul moyen thérapeutique que le Sérum Marmorek. Il va sans dire que nous ne préjugerons de rien quand aux suites possibles des affections. Les traitements étant encore trop récents.

Nous nous contenterons donc d'enregistrer méthodiquement tout ce que nous observerons, libres aux praticiens de juger par eux-mêmes.

Madame J., 28 ans, écossaise, veuve depuis 5 ans.

Antécédents héréditaires: — Père mort il y a 21 ans des fièvres jaunes. Mère morte il y a 19 ans du typhus. Madame J., l'unique enfant. Monsieur J. son mari, mort il y a 3 ans de rétrécissements de l'œsophage.

Antécédents personnels: — La malade s'est bien portée jusqu'à l'âge de 14 ans, alors qu'elle eût une adénite de l'aisselle droite qui suppura pendant quelques temps. Une semaine après l'ouverture de cette adénite elle eut une amygdalite aiguë qui dura deux semaines, puis passa à l'état chronique et l'incommoda pendant deux hivers consécutifs puis finalement disparut.

En 1895, elle fut soudainement frappée d'amaurose de l'œil gauche, mais elle fut guérie après deux mois de traitement. En 1899, elle eût une fausse couche. En 1901, elle perdit la vue et la parole. Cette attaque dura deux heures. En 1902, elle eût une attaque d'appendicite.

Histoire de la maladie: — Les accidents qui attirèrent le plus l'attention de la malade et qui l'induisèrent à aller à l'hôpital furent les suivants: — En 1896, à la suite d'une chute qu'elle fit sur la glace, elle ressentit une vive douleur dans la région de l'articulation coxo-fémorale. La douleur était tellement vive, qu'elle fut obligée de se faire voiturier chez elle. Le lendemain matin elle était mieux et pouvait vaquer à ses occupations. Ce mieux dura un mois, puis les douleurs recommencèrent, elle marcha avec difficulté pendant quelque temps mais tout disparaissait l'été pour revenir l'hiver. Ceci dura deux ou trois ans, lorsqu'en janvier 1904, elle se présenta au dispensaire de l'Hôpital Général pour y être traitée. Après un examen complet, on fit l'analyse bactériologique de ses crachats, qui révéla la présence de nombreux bacilles de Koch. Elle resta sous observation jusqu'au 25 février dernier, alors qu'elle fut examinée par nous et M. le docteur Anderson.

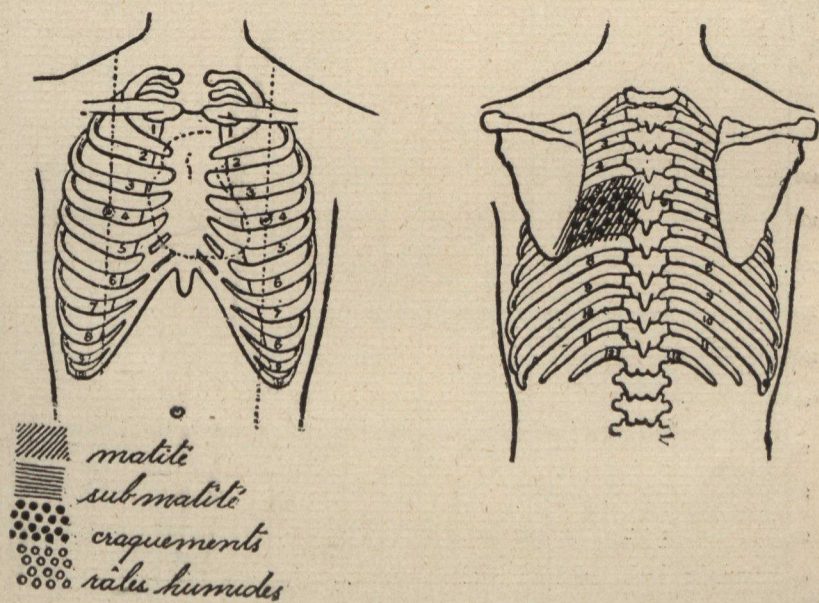


Figure 1 : Lésions avant le traitement.

L'examen dénote les faits suivants:

Pouls 84.

Température 98 ²/₅.

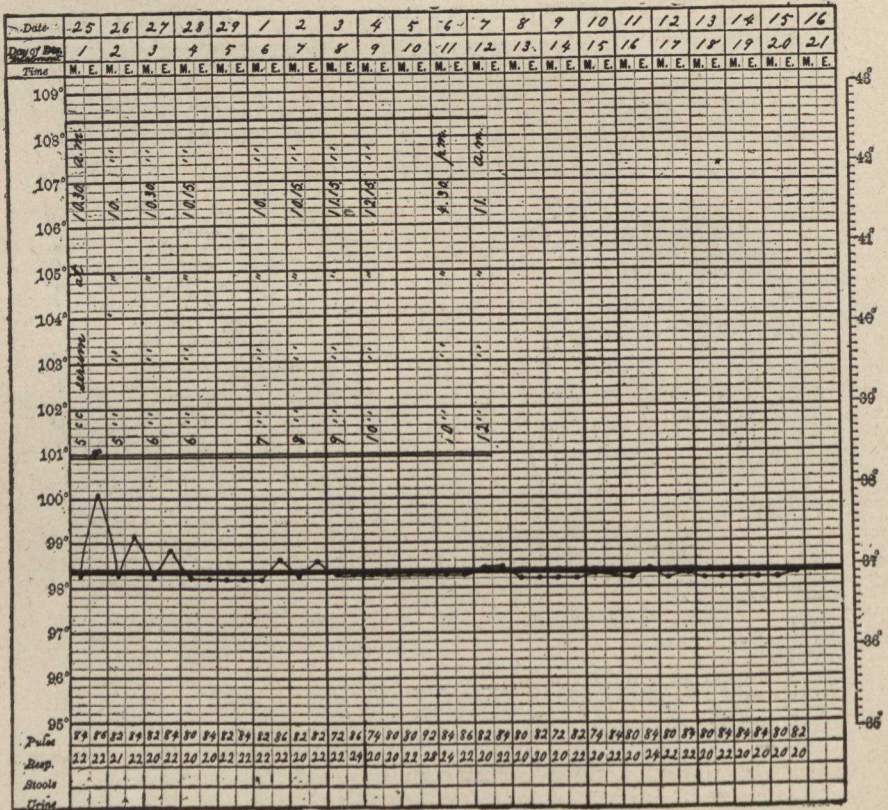
Respiration 22.

Poumons. Région antérieure: Examen négatif.

Poumon droit. Région postérieure.

A l'angle inférieur et interne de l'omoplate, entre la 4^{me} et 6^{me} côte, à la percussion, matité complète. A l'auscultation, craquements et râles humides, (voir Schema). La malade ne tousse pas et expectore très peu. L'examen bactériologique des crachats fait ce jour-là, fut positif, des bacilles de Koch existaient en grande quantité.

Les injections de Sérums Marmorek commencèrent ce jour-là. La première série s'étend du 25 février au 7 mars.



Feuille de la température No 1.

La malade supporta assez bien les injections de la première série, ces injections ne causèrent aucune réaction locale. Le 7 mars c'est-à-dire à la dernière injection de la première série, le poumon malade fut examiné de nouveau, avec les résultats suivants :

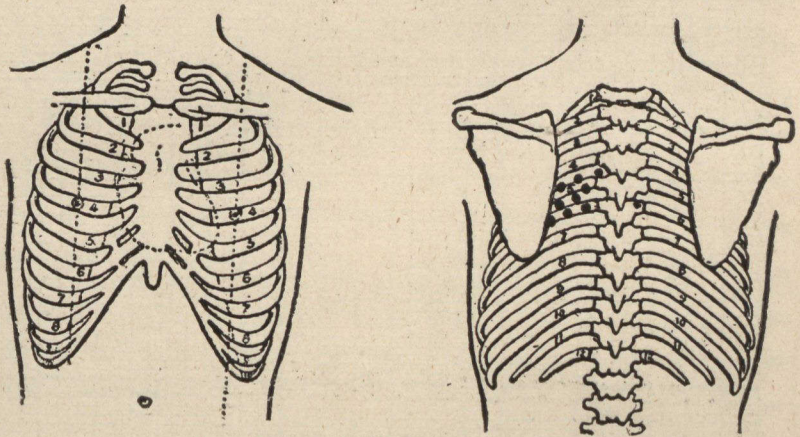


Figure 2 : Lésions le 7 mars 1904.

Percussion. Pas de matité. Les symptômes sthétoscopiques presque nuls, quelques petits craquements dissimés çà et là, (voir Schema No 2).

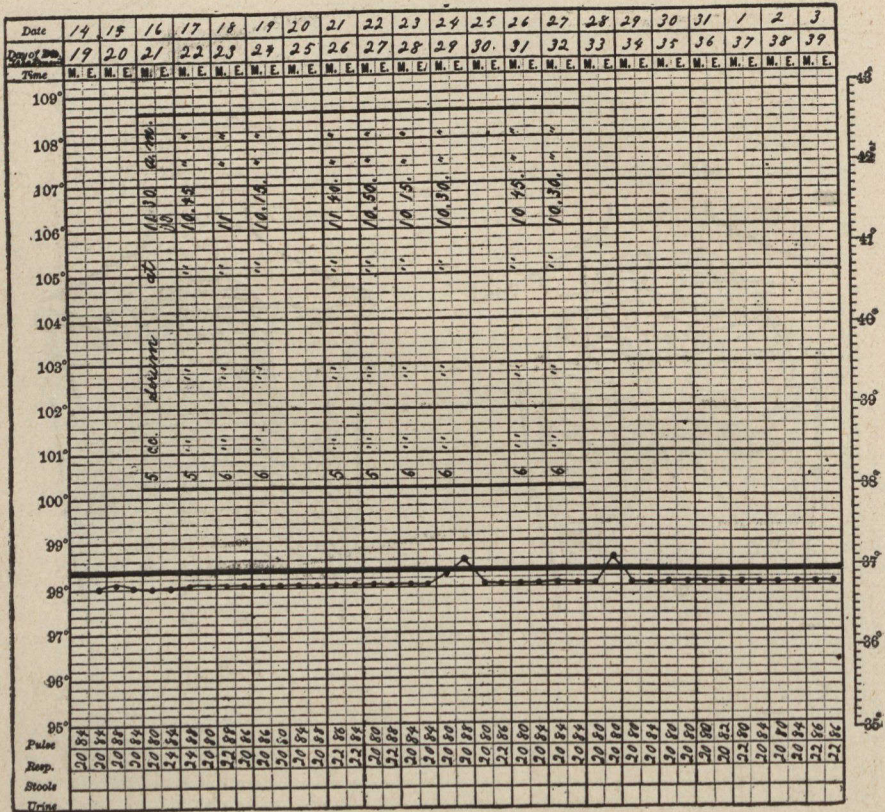
Pouls 82.

Température $98 \frac{2}{5}$

Respiration 20.

L'examen bactériologique des crachats dénote une diminution des bacilles de Koch d'à peu près 50%. Les crachats perdent un peu de leur purulence et pèsent 5 grains. La malade reste en repos huit jours.

La deuxième série d'injections s'étend du 16 au 27 mars. Pendant cette série il n'y eut rien de bien anormal. Les injections ne causèrent aucune réaction locale. La température s'est maintenue à 98.



Feuille de la température No 2.

Le 3 avril l'examen du poumon malade (gauche) révèle la disparition complète de la matité et des craquements. La respiration est libre et les murmures vésiculaires mieux perçus.

Poumon droit: — A l'angle inférieur et interne de l'omoplate entre la 4me et 6me côte. A la percussion, sub-matité. A l'auscultation, râles sous-muqueux. Le 5 avril, nouvel examen bactériologique des crachats, qui révèle la présence de 3

bacilles de Koch et quelques bacilles pyogènes, pas de changement dans la nature des crachats.

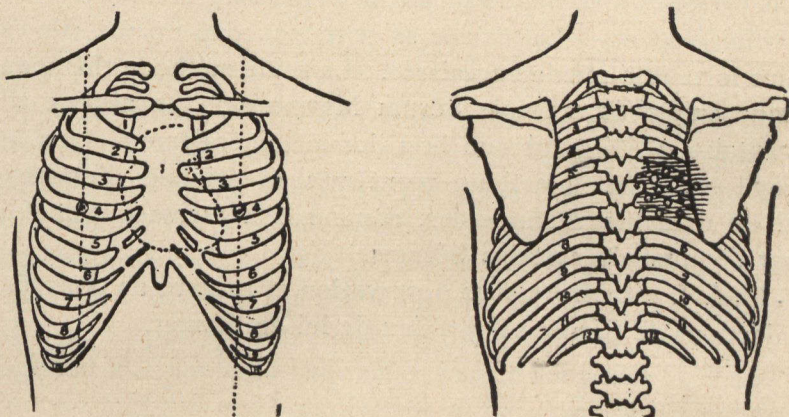


Figure 3 : Lésions du poumon droit, le 3 avril 1904.

Le 13 avril, l'examen des poumons démontre la disparition complète de la sub-matité et des râles sous-muqueux du poumon droit. La malade respire librement, le murmure vési-

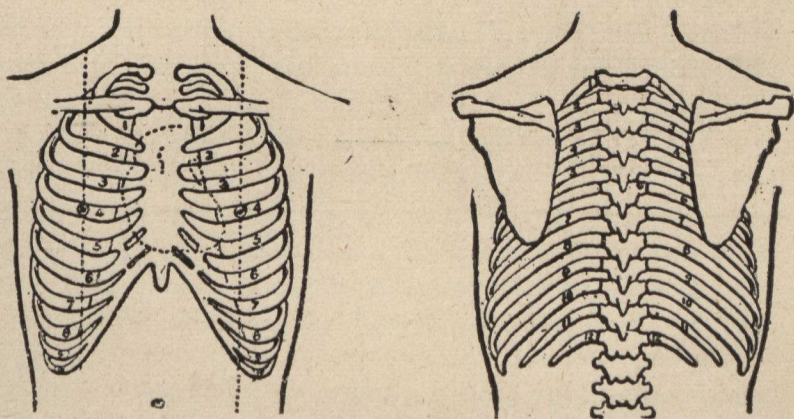


Figure 4 : Examen négatif, 13 avril 1904.

culaire dans les deux poumons est très bien perçu. L'examen bactériologique des crachats est négatif. Les crachats qui étaient muco-purulents au début sont maintenant muqueux.

Remarques. — La malade a reçu dans l'abdomen 20 injections de Sérum, ce qui représente 134c.c. Il n'y a eu aucune réaction locale. La quantité de l'expectoration n'a presque pas variée et il en est de même de la température.

Etat général: — La malade se sent beaucoup mieux, elle est plus forte et a même engraisée. La seule méthode thérapeutique employée a été le Sérum Marmorek. Le régime alimentaire a été celui que l'on donne généralement dans les hôpitaux. Les injections n'ont pas occasionné d'urticaire ni de douleurs rhumatoïdes, comme cela arrive quelquefois par l'emploi de certains Sérums.

Mad. J. est encore sous observation et recevra de nouvelles injections de Sérum s'il y a lieu de lui en donner.

DES DANGERS DE LAISSER AUX MALADES LE SOIN DE SE SONDER EUX-MÊMES

Par le docteur A. MARIEN,

Professeur-agrégé à l'Université Laval, Chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Le cathétérisme évacuateur de la vessie est une petite opération très délicate, qui ne doit être confiée qu'à des mains expérimentées et qui doit être pratiquée avec beaucoup de soin, quand il y a des indications sérieuses d'intervenir.

Malheureusement en pratique, le médecin, qui a beaucoup de malades à traiter, n'a pas le temps de s'astreindre à tous ces détails et à toutes ces minuties de la technique du cathétérisme, et il se contente habituellement de conseiller au " malade " de s'acheter une bonne sonde et de se sonder lui-même *ad libitum*.

Bien souvent le diagnostic de l'affection des voies urinaires n'est même pas fait, et le pauvre malade, qui a été consulter son médecin pour le *tranchement d'urine*, est condamné pour tout traitement à se sonder lui-même, parfois tous les quarts d'heure, durant des années, s'il ne succombe pas plus tôt à l'infection grave des voies urinaires, et à l'empoisonnement urinaire, qu'il se sera fatalement donnés par des *cathétérismes* malpropres.

De plus, le cathétérisme, qui a ses indications et qui est, sans contredit, un excellent mode de traitement, pour un grand nombre d'affections des voies urinaires, n'est pas une *panacée*, et le médecin consciencieux et honnête ne doit pas le prescrire à ses malades; il *doit le pratiquer* lui-même, quand il y a nécessité ou le confier à un aide sûr, intelligent et bien renseigné.

D'ailleurs, dans l'état actuel de la chirurgie moderne des voies urinaires, il est très peu de cas dans lesquels le médecin est autorisé à confier aux malades le soin de se sonder eux-mêmes. Aussi, dans ces cas exceptionnels, le premier devoir du médecin, avant de confier une sonde à son malade, est-il de lui enseigner l'antisepsie des voies urinaires, c'est-à-dire la

désinfection des mains, la stérilisation des sondes et le manuel opératoire.

Le Prof. Guyon, dans ses leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, dit à propos du cathétérisme. " Il en est de cette opération comme de toute autre. Elle ne peut être pratiquée, sans risque d'infection, qu'à la condition que celui qui l'exécute se soumettra à toutes les précautions exigées dans les actes opératoires. Il y a des circonstances où le cathétérisme, qu'il soit facile ou difficile, a toute l'importance de l'opération la plus grave. Notre devoir est de faire nous-mêmes l'introduction de la sonde, toutes les fois qu'il y a inconvénient ou danger à la confier au malade ou à son entourage.

Permettez-moi d'insister, dit-il, sur la nécessité de ne jamais confier à d'autres qu'à vous, ou à ceux qui pourraient vous représenter, le soin de cathétériser les malades surtout au début. On se laisse souvent aller à conseiller au rétréci de se passer des bougies, au *prostatique* menacé de rétention, de se munir d'une sonde et de se l'introduire au besoin. Sans doute, il est des circonstances qui peuvent conduire à donner semblables autorisations, mais qu'elles ne soient accordées que sous le bénéfice d'instructions très précises, données aux malades, afin qu'ils soient à même de faire une véritable antiseptie. "

Comme j'ai eu l'occasion d'observer depuis quelque temps, dans mon service d'hôpital, un certain nombre de malades *victimes du cathétérisme*, je rapporterai trois de ces observations qui démontrent bien les inconvénients et les dangers de confier aux malades le soin de se sonder eux-mêmes.

OBS. I.—Dans un premier cas, il s'agissait d'un malade qui avait l'habitude depuis quelques années de se passer au besoin des bougies, pour dilater son urètre qui n'avait *aucun rétrécissement*. C'est un alcoolique invétéré, syphilitique, qui, annuellement à la suite de copieuses libations et de grands refroidissements, était subitement atteint de rétention aigues. Comme ces rétentions aigues étaient attribuées à des rétrécissements imaginaires et non à un spasme de la portion membraneuse de

l'urètre congestionné par le refroidissement et l'abus de l'alcool, et comme son médecin le lui avait prescrit, ce malade s'introduisait plus ou moins brutalement des bougies infectes. Fatalement il réussit un jour à se faire des fausses routes et à s'infecter avec un microbe d'une très-grande virulence. La rétention d'urine devint alors absolue; il se fit de l'infiltration urineuse, avec infection et gangrène de la verge, du scrotum et de tout le périnée et le malade fut transporté d'urgence à l'hôpital, dans un état très grave.

Voici son observation; M. D..., âgé de 58 ans est un homme très robuste et de haute taille; il est dans un délire furieux. Sa température est de 104°, son pouls bat à 140 à la minute et sa respiration est de 38 à 40.

A l'examen, l'on constate que la partie inférieure de la cavité abdominale est augmentée de volume et remplie par la vessie qui est très distendue. Malgré l'épaisseur considérable de la paroi, épaisseur qui est due, et à l'embonpoint du malade, à l'inflammation érysipélateuse et à l'infiltration urineuse, l'on peut sentir le globe vésical qui remonte jusqu'à l'ombilic, comme une grosse tumeur. La verge et le scrotum présentent tous les phénomènes de l'infiltration urineuse; ils sont énormes et la peau de ces organes et de tout le périnée est distendue, lisse, et offre une coloration rouge vif avec des plaques noirâtres de sphacèle.

Le cathétérisme est devenu impraticable et, comme il est indiqué de le faire sans retard, la taille hypogastrique est pratiquée; et une fois la vessie ouverte et vide de son contenu, il est alors facile de faire le *cathétérisme rétrograde* avec une grosse sonde en caoutchouc demi molle. L'introduction de la sonde se fait aisément par la vessie, et démontre avec évidence que le canal de l'urètre est libre dans toute son étendue, et ne présente *aucune trace* de rétrécissement.

Ce malade, après avoir lutté durant des semaines contre l'infection et l'intoxication profondes qu'il s'était données par de fausses et inutiles manœuvres, a fini par guérir avec un urètre normal. L'infiltration urinaire dans ce cas était si étendue, qu'il a fallu faire des incisions multiples de la peau et du

tissu cellulaire sous-cutané, dans la région des cuisses, dans la région des fesses et jusque dans la région lombaire où il y avait de la gangrène.

Obs. II—Ma deuxième observation a pour sujet un vieillard de 69 ans, qui est obligé de se sonder toutes les demi-heures et souvent tous les quarts d'heures, depuis au delà de deux ans.

Il y a près de trois ans, ce malade a commencé à souffrir de troubles urinaires, qui se sont manifestés par de la fréquence de la miction diurne, et par de la douleur s'irradiant de la vessie jusqu'au niveau du gland. Il suivit à cette époque, durant quelques mois, un traitement médical, qui ne donna pas de résultat. Il s'agissait sans doute, d'une *cystite calculuse*.

A la suite d'un voyage de misère au cours duquel il fut exposé à une pluie froide d'automne et à une grande fatigue, il fit une rétention complète d'urine. C'est alors que son médecin pratiqua pour la première fois le cathétérisme évacuateur. Les jours suivants la rétention continua, mais comme le cathétérisme, à cause de la cystite, devait être fait plusieurs fois, la nuit et le jour, le médecin conseilla au malade d'acheter une sonde et de se cathétériser lui-même, au besoin.

Il va sans dire que sous l'influence de ces manœuvres pratiquées sans aucune notion d'asepsie ou d'antisepsie (*le malade portait ses sondes nues dans ses poches de veston*) les phénomènes de cystite s'aggravèrent et les troubles urinaires se manifestèrent avec plus d'intensité.

La cystite devint excessivement douloureuse, et ce malade qui, au début il y a plus de deux ans, se sondait toutes les quatre ou cinq heures, était obligé de se cathétériser toutes les demi-heures, tous les quarts-d'heures; quelques grammes d'urine dans la vessie provoquaient de la douleur et des contractions violentes du muscle vésical. C'est dans cet état qu'il se présenta à l'hôpital, au mois de janvier dernier.

Voici son observation prise par M. Hamelin, interne de l'Hôtel-Dieu: L'exploration vésicale permet de constater la présence d'un gros calcul dans la vessie. L'urètre est normal, la prostate pas hypertrophiée, mais la vessie est très douloureuse à la moindre distension, elle peut contenir à peine 20

c. c. d'eau boriquée. A la palpation le rein droit est douloureux et un peu augmenté de volume. L'analyse des urines donne comme résultat: urine des 24 heures, 1500 grammes; urine très purulente et d'une odeur ammoniacale; albumine 12 grammes par litre, après filtration et centrifugation.

A cause de l'existence d'une grande quantité d'albumine dans les urines, l'intervention chirurgicale est différée et le patient est soumis à un traitement médical durant trois semaines (régime lacté absolu et antisepsie des voies urinaires); en même temps des lavages quotidiens de la vessie au nitrate d'argent permettent d'améliorer sensiblement les phénomènes de cystite; la fréquence de la miction et la sensibilité vésicale sont diminuées de moitié.

Comme au bout de ces trois semaines de traitement, le taux de l'albumine est descendu de 12 grammes par litre à 0,25 centigrammes par litre et que l'épreuve du bleu de méthylène donne un résultat satisfaisant quant à la perméabilité rénale, la taille hypogastrique est pratiquée et permet d'extraire un calcul du volume d'une *mandarine*. Une fois la vessie ouverte l'exploration digitale montre que la cavité vésicale est grande, que les parois vésicales sont souples mais que la muqueuse est épaissie et très hyperhémisée; l'hypertrophie de la prostate est presque nulle.

Enfin la vessie est suturée, la paroi abdominale refermée par deux plans de sutures et une sonde à demeure est mise en place pendant huit jours.

Trois semaines après l'opération, le malade quitte l'hôpital dans l'état suivant: la plaie opératoire est parfaitement guérie; il n'est plus obligé de vider sa vessie que toutes les sept à huit heures; les douleurs sont complètement disparues et l'analyse des urines donne le résultat suivant: albumine 0,25 centigrammes par litre; pus, légères traces.

Mais il persiste un phénomène important, sur lequel j'attire l'attention, et pour lequel j'accuse le *cathétérisme inutile* et si longtemps prolongé que pratiquait sur lui-même le patient: c'est l'impotence fonctionnelle de la vessie; c'est-à-dire la difficulté, l'hésitation pour la vessie de se vider spontanément. En

effet ce malade n'est pas capable, *tous les jours*, d'uriner seul. Il est obligé d'avoir encore recours au cathétérisme, tous les deux ou trois jours. Il semble que, pendant ces deux années de cathétérisme, pendant ces deux années d'inaction, la vessie a perdu l'habitude de se vider seule. Il faut au muscle vésical une nouvelle éducation et sous l'influence du massage, lorsque la vessie est distendue par de l'eau boriquée, sous l'influence de douches froides le long de la colonne vertébrale ou de bains de siège chauds, le malade s'améliore tous les jours et il réussit à uriner seul. D'ailleurs il ne présente aucun symptôme d'ataxie, aucun symptôme de paralysie, la paroi vésicale est souple et contractile, le prostate n'est pas hypertrophiée et le canal de l'urètre est parfaitement libre.

Obs. III—Ma troisième observation est celle d'un vieillard de 76 ans, à qui j'ai été obligé de faire une castration pour une suppuration grave du testicule gauche, qui était à peu près du volume de deux poings d'adulte et sillonné de trajets fistuleux.

Cette orchite suppurée à répétitions avait été causée et était entretenue depuis des années par un cathétérisme malpropre et inutile que se faisait le malade depuis au-delà de dix ans.

Je vis que le cathétérisme est inutile parce que le calibre de l'urètre est normal dans toute son étendue, parce que la prostate n'est que légèrement hypertrophiée et que la paroi vésicale est très contractile. L'état général de santé du malade est excellent, mais il va sans dire qu'il souffre d'une cystite des plus intenses; il est obligé de se sonder toutes les heures nuit et jour; et comme il se sert de vieilles sondes malpropres, il pisse du pus et se donne à répétitions des accès de fièvre urinaire accompagnés de frissons etc.

Sous l'influence du traitement par les lavages et par les instillations au nitrate d'argent, la vessie de ce malade s'est considérablement améliorée; il n'urine plus qu'à toutes les six à huit heures, sans douleur.

Les débuts de la maladie sont assez obscurs. Tout ce que l'on peut savoir, c'est qu'après avoir couru du médecin au

charlatan pour se faire guérir, il y a deux ans, du "tranchement d'urine," il arriva à la conclusion d'après l'avis du médecin qu'il n'y avait qu'un moyen d'avoir du soulagement, c'était de se procurer des sondes et de se sonder lui-même.

En dépit des professeurs et des auteurs les beaux jours du corset de coton et du cataplasme de graine de lin semblent passés. Les applications le plus hautement préconisées par les professeurs actuels sont peut-être les applications froides par le sac de glace ou par les compresses froides fréquemment renouvelées. Le froid appliqué au siège du mal semble donner un soulagement notable, modifie la température et favorise une résolution hâtive. Mais en dépit du fait que les auteurs recommandent ce mode de traitement, la profession n'emboîte pas le pas et généralement n'accepte pas de bon gré cet agent thérapeutique.

L'antiphlogistine jouit, peut-être, maintenant d'une plus grande popularité dans le traitement de la pneumonie ou de toute autre maladie aiguë des organes respiratoires que n'importe quelle autre application locale. Cette vogue paraît bien méritée. *L'antiphlogistine* peut ne pas modifier grandement le cours de la maladie, mais elle apporte sûrement la plus grande somme de confort au malade, et concourt à améliorer quelques uns des plus ennuyeux symptômes de l'affection.

L'antiphlogistine doit donc être considérée comme une addition distincte à notre arsenal thérapeutique.

Extrait du "Medical Standard, mars 1904."

REVUE GÉNÉRALE

CHRONIQUE OBSTÉTRICALE

On a tant parlé des maladies vénériennes dans ses rapports avec le mariage, que revenir sur ce même sujet paraît fastidieux ; on l'a tant retourné en tout sens et pour ainsi dire conjugué en tout ses temps qu'il paraît hors de propos, qu'il paraît suranné d'y revenir. Cependant ce sujet, pour être déjà quelque peu âgé, est d'occurrence journalière et semble n'avoir pas été compris suffisamment par la très grande majorité des praticiens ou au moins, le comprennent-ils, qu'ils ne semblent pas mettre en pratique les enseignements graves et utiles qu'il comporte, ils ne semblent pas en avoir instruit suffisamment les intéressés.

Prenons simplement la *Gonorrhée* dans ses suites pendant le mariage, lui a-t-on donné en pratique l'importance qui lui est due ? L'a-t-on mise à sa place ? Quel est le médecin assez sévère, assez consciencieux qui a dit franchement à son patient, sans réticence, sans arrière-pensée, ce qu'il en croyait, si véritablement ce médecin connaît parfaitement son sujet.

Aujourd'hui permettez-moi, après tant d'autres, non pas de traiter la question à fond mais de retracer, de traduire les remarques judicieuses qu'un médecin des Etats-Unis faisait à la société d'obstétrique et de gynécologie de Washington. Le Docteur Joseph Taber Johnson, le 30 janvier 1901, avait présenté la question devant la Société Médicale du district de Colombie, il y revient à Washington, le 6 novembre 1903. Il traite de main de maître la question de la gonorrhée, ses complications et notre responsabilité en autorisant le mariage.

Il avait déjà prouvé jusqu'à l'évidence qu'un grand nombre de femmes perdent la vie et que des milliers d'autres perdent leur santé ou deviennent stériles du fait des complications de la gonorrhée.

Il avait fait ressortir, avec emphase, que ses effets désastreux ne se confinent pas aux classes dégradées et proscrites, mais que, trop souvent, ils ravagent certaines familles et détruisent des vies innocentes et utiles de la meilleure société.

On trouve des exemples de jeunes et confiantes épouses infectées par leurs maris supposés guéris.

Les occasions d'infection de l'homme sont étonnantes, épouvantables, et elles sont peut-être dues à notre défaut d'attention. L'homme infecté ne sait pas; il est insouciant ou ignorant; il infecte involontairement son épouse ou d'autres femmes avec lesquelles il a des rapports illicites.

Aux États-Unis il y aurait près de 500.000 femmes qui se livrent à la prostitution. Ce sont autant de candidats à la gonorrhée.

Ces prostituées ont une vie moyenne de cinq ans à partir du moment où elles se livrent à la débauche. Il en meurt annuellement 40,900. Le pourcentage de la mortalité à la suite de gonorrhée serait de 30 à 40%.

Bland Sutton, de Londres, dit que la gonorrhée est la principale cause de la stérilité chez les prostituées. La stérilité est l'héritage ou l'apanage des femmes victimes de la gonorrhée.

Le grand danger de la gonorrhée chez la femme c'est l'infection de l'utérus, de ses annexes, et de tous organes génitaux urinaires, ce sont les complications puerpérales et l'ophthalmie des nouveaux-nés.

Elle attaque les membranes séreuses, les tissus fibreux, les capsules synoviales, etc. Le germe de la gonorrhée s'étend partout, il peut envahir tous les tissus. Il n'y a pas une autre maladie plus capable qu'elle de produire autant de souffrances et de chagrins chez les coupables comme chez les innocents.

Quoiqu'en disent certains auteurs le pouvoir infectant du gonocoque se conserve un temps indéfini, comme le prouvent les nombreux cas de maris, supposés guéris depuis longtemps, qui infectent leurs jeunes épouses, des mois après que toute douleur ou écoulement ont cessé. Ici vient toute l'importance du sujet; doit-on, nous médecins, donner notre sanction au mariage d'un homme qui a eu la gonorrhée, et notre assurance professionnelle que la jeune et confiante épouse sera absolument exempte du danger de l'infection?

Des maris ignorants ou insoucients ont pu infecter leurs

épouses, même après que quelques-uns d'entre eux eussent eu l'assurance formelle de leur médecin qu'il n'y avait plus de danger.

L'infection puerpérale dans la basse classe est très commune à la suite de la gonorrhée. Sur 58,000 aveugles aux États-Unis, 15,000 sont les victimes innocentes de cette terrible maladie.

* * *

Quand doit-on permettre le mariage à un homme qui a eu la gonorrhée? Pouvons-nous dire, aujourd'hui, quand un tel homme est guéri?

Les Docteurs Keermecker et Verhoogen affirment qu'il nous est impossible de le dire. Ils sont d'opinion " que le gonocoque peut séjourner dans le canal pendant le cours de l'urétrite chronique; c'est-à-dire, pendant un temps indéfini. Sa virulence s'atténue mais peut revenir plus tard. Il est impossible de déterminer à que moment, le gonocoque étant disparu, la maladie cesse d'être transmissible.

Le Docteur Behrand va plus loin et prétend que la gonorrhée est pratiquement incurable, surtout chez la femme.

Notre devoir, ces choses étant connues, est de bien nous assurer après un traitement énergique que nos patients sont guéris et que tout danger de rechute ou de réinfection est passé. Chez la femme nous ne devons pas perdre de vue les conséquences désastreuses du côté de l'utérus, et de ses annexes.

Les cas de gonorrhée ne doivent pas être laissés entre les mains des commis pharmaciens, des étudiants en médecine, ou des personnes irresponsables.

Certains auteurs vont même, de nos jours, jusqu'à prétendre que la gonorrhée est une maladie autrement grave que la syphilis, surtout chez la femme.

Combien de temps après qu'on ne retrouve plus, au microscope, le gonocoque dans les sécrétions urétrales ou les écoulements, peut-on permettre en toute sûreté le mariage?

Voilà la question la plus brûlante du jour. Elle demande beaucoup de considération, de soins et de conscience. Le Docteur Joseph Price dit qu'il y a plus et de meilleures raisons pour mettre en prison un homme qui a la gonorrhée, que d'incarcérer un vulgaire meurtrier. Dans un cas il n'y a qu'une victime et cette victime est morte; dans l'autre il y en a des douzaines, peut-être condamnées à souffrir et à pleurer pendant le reste de leur misérable vie.

D'après Kelley et Wertheim la gonorrhée est la cause la plus fréquente des suppurations qu'on rencontre en gynécologie.

On a des exemples de cas d'infection de la femme par son mari de un an à six ans après toute disparition des symptômes de la terrible maladie.

L'orateur attire l'attention sur le fait que la gonorrhée latente peut exister soit chez l'homme, soit chez la femme sans qu'on soit capable de la démontrer au microscope.

Voici les conclusions du travail très bien élaboré du Docteur Johnson :

1° Les occasions de contracter la gonorrhée sont nombreuses, puisqu'il y a aux Etats-Unis au plus bas chiffre, un demi-million de femmes qui sont aptes à la transmettre une ou plusieurs fois;

2° Ces occasions manquent si peu que l'auteur, dans ses récentes recherches sur ce sujet, a trouvé que 90% des hommes la contractent;

3° Les plus sérieuses complications pelviennes des femmes, qui perdent leur santé ou brisent leur vie, viennent de cette maladie;

4° Qu'il est grand le nombre des laparotomies pratiquées pour le traitement de ces complications qui laissent les femmes mutilées, sinon complètement asexuées;

5° Dangers d'infection puerpérale;

6° Le nombre indicible des mauvais cas d'ophtalmie des nouveaux-nés, s'élevant annuellement de 10 à 15000 cas de cécité;

7° Les complications de la gonorrhée chez l'homme;

8° La grande difficulté de la guérison de l'état chronique ou latent ;

9° Notre très grande responsabilité dans la question du mariage de l'homme une fois infecté.

Aux États-Unis on demande à grands cris l'examen médical de l'homme avant son mariage. Il lui faudrait un certificat d'un médecin compétent comme quoi il ne souffre pas de maladies vénériennes, ou s'il a déjà été atteint il faudra qu'il soit prouvé qu'il en est complètement guéri et dans l'impossibilité d'infecter en aucune manière la femme qu'il va prendre pour épouse.

En France on demande les mêmes lois. La société française de prophylaxie sanitaire et morale a mis à l'ordre du jour la question des garanties sanitaires du mariage, envisagées exclusivement au point de vue des maladies vénériennes.

M. Chs Fortin, conseiller municipal de Paris, demande que la loi autorise le médecin à ne plus respecter le secret professionnel lorsqu'il s'agit de projet de mariage.

Plusieurs médecins se sont élevés contre cette demande et on dit qu'il y avait des moyens des tourner ce secret professionnel.

Pinard pose ainsi la question :

“ Quand un individu, atteint ou ayant été atteint d'une affection vénérienne, peut-il se marier sans danger pour sa femme, et sans danger pour sa descendance? Je dis: atteint d'une affection vénérienne; car il me semble que jusqu'à présent, et bien à tort, la discussion n'a porté que sur la syphilis, laissant de côté cet autre facteur non moins mal-faisant, la blennorrhagie. ”

“ J'ai entendu notre président dire: “ Je ne connais rien de plus difficile que de guérir la blennorrhagie chez certains individus. ”

“ Oui, je le reconnais, si souvent la blennorrhagie guérit radicalement à la suite d'un traitement méthodiquement appliqué — et il est heureux qu'il en soit ainsi, étant donné le nombre des blennorrhagies — il faut bien qu'on sache que chez un certain nombre d'individus la blennorrhagie affecte

“ une ténacité désespérante et qu'il faut, pour la faire disparaître, une synergie absolue et longtemps maintenue du malade et du médecin. ”

“ Il résulte de ce fait que personne, je crois, ne peut constater qu'aucun médecin ne peut engager sa responsabilité, c'est-à-dire affirmer qu'un individu n'est pas contagieux, sans avoir observé longtemps, scientifiquement, un individu d'absolue bonne foi. ”

Morale: Quand nous sommes consultés par un homme qui veut se marier, soyons prudents, interrogeons, examinons et n'ayons pas peur de dire la vérité; instruisons; pensons à la pauvre petite fiancée. En un mot soyons médecins consciencieux, et faisons notre devoir.

A. RENÉ DE COTRET,

Professeur-adjoint d'obstétrique, accoucheur de la Maternité.

INTERETS PROFESSIONNELS

ABUS ET LEGISLATION. — LE BILL TACHEREAU

Depuis que nous avons écrit notre dernier article au sujet du bill Tachereau (1) les choses ont marché.

La discussion s'est faite au comité de Législation, à Québec, sur le mérite même de la mesure présentée: et, comme nous l'avions prévu, les arguments que les promoteurs du bill ont fait valoir par la bouche de leur mandataire *salaarié*, M. Tachereau, sont d'une déplorable faiblesse.

On peut les résumer à trois chefs principaux:

1° Ces élèves ayant été malades — quelques-uns du moins — à l'époque des examens préliminaires, il leur a été impossible de se préparer convenablement à subir l'épreuve requise par la loi médicale; quelques-uns ont échoué, d'autres ont passé avec succès sur les lettres;

2° Ces élèves ayant étudié la médecine durant deux trois et quatre années, il serait cruel de les priver de ce stage obligatoire en les obligeant à subir l'examen préliminaire auquel ils ont été ajournés pour les raisons mentionnées ci-dessus;

3° Les Universités ayant jugé à propos de les accueillir au même titre que les élèves réguliers, et leur ayant délivré des diplômes *secundum artem*, nous soumettons qu'ils sont qualifiés pour exercer la médecine dans cette province et que le Collège des Médecins est injuste en leur refusant ce droit.

—Et voilà comment nos braves politiciens, en sophistes consommés, se plaisent à éluder la loi qu'ils sacrifient sans pitié sur les autels du *népotisme*.

* * *

Mais si ces élèves ont échoué sur le tout ou sur une partie pour cause de maladie, qui les empêche de subir une deuxième et même une troisième épreuve? . . . Ils ne seraient ni les premiers, ni les seuls qui eussent échoué pour de telles raisons ou même de plus sérieuses. Et si, après de multiples échecs,

(1) Voir UNION MÉDICALE du mois d'avril 1904.

ils ne parviennent pas à franchir cette porte d'entrée, eh bien ! ma foi, ne vaut-il pas mieux pour eux qu'ils cherchent ailleurs une carrière plus facile ou plus conforme à leurs aptitudes naturelles.

D'ailleurs, cet examen n'est pas très difficile, et s'il constitue déjà pour eux une difficulté insurmontable, qu'arrivera-t-il lorsqu'ils seront aux prises avec les subtilités de la médecine, et qu'ils seront leurs seuls juges?...

Et si quelques-uns, parmi ceux-là, ont négligé de se conformer à la loi générale par insouciance ou mauvaise foi ou même dans le fol espoir d'une loi d'exception, sont-ils plus dignes de sympathie que les premiers : ceux qui ont échoué?...

D'après ce projet de loi il ressort clairement que ces élèves, ayant échoué sur le tout ou sur une partie, ont négligé ou refusé de se conformer à la loi. Pourquoi?... C'est ce que M. Tachereau a oublié de nous dire.

Il a eu des accents pleins de commisération — *salariée toujours*, par conséquent *désintéressée!*... — à l'endroit de ses chers déclassés ; mais il a oublié de nous dire ce qui les avait empêchés de subir une seconde et même une troisième épreuve. Ce trait me rappelle l'incident bien connu du singe caché derrière sa lanterne magique et faisant défiler devant son auditoire ébahi, avec force explications, des paysages que personne ne distinguait, et pour cause, il avait oublié d'allumer sa chère lanterne.

Allumez votre lanterne, M. Tachereau, sinon nous croirons que c'est une vessie que vous cachez sous votre bras... et nous avons déjà bien des raisons de le penser, puisque nous avons appris, par hasard, de la bouche même de son père — homme au franc parler — qu'un élève, aujourd'hui votre client, avait négligé de passer la deuxième partie de son brevet, parce qu'il entrevoyait la possibilité de *suppléer au tout par un bill privé*. La voilà, la raison, la vraie ! Que ne le disiez-vous pas, ô vous ! le *parent* des dieux, qui connaissez tous les secrets ? Vous auriez eu au moins le mérite d'une apparente sincérité et vous n'auriez pas compromis votre cause puisque vous pouvez compter sur une majorité *toujours servile*.

* * *

C'est une injustice, dit-on, de refuser la licence à des élèves qui ont déjà étudié quatre années sous prétexte qu'ils n'ont pas de brevet.

Mais ne croyez-vous pas, plutôt, que l'injustice est du côté des élèves porteurs de brevet ou de diplômes de bacheliers, qui se sont imposé des sacrifices considérables pour se qualifier et que l'on met sur un pied d'égalité avec d'autres qui ont refusé ou négligé de se conformer aux exigences de la loi et qui veulent bénéficier des mêmes avantages?... Il faudrait fermer les yeux à toute logique pour affirmer le contraire.

Du reste, cette objection ne vaut guère, car dans le cas des pupilles de M. Tachereau, le Président du Collège a cru pouvoir s'autoriser à dire que si ces messieurs voulaient passer leur brevet, les Gouverneurs en assemblée régulière antidateraient leur licence du jour de leur inscription comme élève à l'Université. N'est-ce pas là une concession qui annihile les prétentions de M. Tachereau?...

Mais, quand bien même on leur refuserait une telle faveur, qui devrait-on blâmer sinon les élèves eux-mêmes?... Ils devaient savoir que leur position était fautive et il ne peuvent, à aucun moment, plaider ignorance de la loi. Dans les deux cas les raisons qu'ils invoquent sont d'une futilité déconcertante et ne font que mettre en évidence une intention bien arrêtée chez ces élèves d'éluder la loi.

Vous avez refusé, dit-on au Président et aux officiers du Collège, de leur accorder le bénéfice des quatre années universitaires à l'assemblée semi-annuelle du mois de septembre 1903.

Vous faussez sciemment, et pour les besoins de votre cause, le rapport de cette assemblée, M. Tachereau.

Voici comment s'exprime le Président du Bureau M. le Dr Lachapelle, dans le rapport officiel de la dernière réunion des Gouverneurs sur cette question: (1)

(1) " Il croit que ce n'est pas au Collège à aller au devant de ces jeunes gens, en leur faisant des offres, mais que c'est à eux à réparer autant que possible leur irrégularité, en passant ou en reprenant les examens d'admission à l'étude omis ou manqués, et en venant ensuite plaider leur cause devant le Bureau. Il ne doute pas que, dans ce cas, ils trouveront le Bureau favorablement disposé." (Sept. 1903)

Nous ne pouvons qu'approuver cette manière de voir : et tout développement serait inutile. Ainsi donc, sur ce dernier point, comme sur le précédent, la cause est perdue si on veut bien se donner la peine de la juger au mérite.

* * *

Les Universités, dit-on — et ceci a semblé impressionner la masse de nos bons députés — ne devraient pas admettre à l'inscription des élèves qui n'ont pas passé leur brevet.

Résoudre ce problème est une chose à peu près impossible à l'heure actuelle. En effet, pourquoi refuserait-on à un étudiant d'aller étudier où bon lui semble? Alors, quelle nécessité y a-t-il pour un étudiant d'une province étrangère de passer brevet dans la province de Québec s'il n'a pas l'intention d'y demeurer plus tard. De même, un élève de Québec peut bien s'inscrire comme étudiant à l'une des Universités de cette province avec l'intention bien arrêtée de s'expatrier. Alors pourquoi lui imposer une tâche inutile pour lui?... Nous avons deux Universités anglaises à Montréal qui sont fréquentées par 4 à 500 étudiants en médecine, McGill et Bishop. Voulez-vous savoir combien, sur ce nombre, il y a d'étudiants qui sont porteurs d'un brevet?... pas 10 p. 100. Dans quelle position se trouveraient ces universités si on les obligeait à ne recevoir que des bacheliers ou des brevetés? Il leur faudrait fermer leurs portes. La chose est-elle désirable?... évidemment non. L'Université Laval aurait à souffrir également de cet état de choses. Néanmoins, on a paru d'accord pour reconnaître qu'il était injuste que les Universités aient le droit de donner des diplômes *ad practicandum* indépendamment du Collège des Médecins. Ces diplômes devraient être purement honorifiques et tout élève *devrait être astreint de passer un examen devant le Collège des Médecins avant d'étudier et avant de pratiquer la médecine*. On ne comprend pas bien pourquoi la médecine n'est pas sur un pied d'égalité avec le droit. Voyez-vous un jeune avocat s'autoriser de son diplôme universitaire

pour obtenir sa licence du Barreau? Non. Il lui faut subir une dernière épreuve devant des examinateurs spéciaux, et celle-ci est éliminatoire.

Le même état de chose existe pour les notaires. Et on s'étonnerait qu'il en fût ainsi pour la médecine?... C'est dans ce but que M. Pelletier, avocat, a proposé l'amendement suivant dans l'espoir de couper court à tous les abus.

1° Pour être admis à l'étude, un étudiant devra passer un examen devant le collège des médecins.

2° Les universités Laval et McGill ne pourront pas, à l'avenir, conférer un degré ou un diplôme complet et sans restriction aux jeunes gens désireux d'obtenir des licences du collège des médecins.

Tout élève devra passer un examen devant le collège des médecins avant d'être admis à la pratique.

Ces deux amendements mettraient fin à bien des malentendus, malheureusement leur approbation semble impossible à cause des privilèges universitaires qu'ils affectent directement.

Les Universités ont des chartres auxquelles on ne peut toucher et la discussion n'en serait possible qu'après entente avec celles-ci. Or, en tenant compte de l'état de choses actuel, les Universités sont justifiables de recevoir comme élève qui que ce soit sans s'occuper de ses qualifications antérieures, ni de ses intentions futures. Les élèves sont instruits des risques encourus; mais cela ne les justifie nullement de se prévaloir de ce fait pour réclamer un droit qui ne leur appartient pas et qu'ils ne méritent à aucun titre.

La loi est une et la même pour tous, personne ne doit l'ignorer ni l'é luder.

Donc, ici encore, M. Tachereau fait de la mauvaise politique: c'est plus facile et souvent plus..... salutaire!.....

Malgré l'opposition énergique des officiers du Collège, des Sociétés et de la profession médicales, M. Tachereau a pu, en s'aidant uniquement d'influences politiques occultes, im-

ser au Comité de législation à une majorité de 2 voix une mesure inique qu'il importe de méditer et qui se lit comme suit :

" Attendu qu'il y a actuellement dans les universités de cette province, y suivant les cours de médecine, comme élèves inscrits, plusieurs élèves qui ont commencé à suivre les dits cours avant d'avoir obtenu le brevet les admettant à l'étude de la médecine ;

" Attendu que le défaut d'avoir été admis régulièrement à l'étude de la médecine les expose à perdre le bénéfice de plusieurs années d'études médicales ;

" Attendu que les dits élèves ont été autorisés à suivre les dits cours dans les universités de cette province ;

" Attendu que, depuis plusieurs années, cette Législature a régularisé la position d'un grand nombre d'élèves ;

" A ces causes, Sa Majesté, de l'avis et du consentement du Conseil Législatif et de l'Assemblée Législative, décrète ce qui suit :

I. Nonobstant l'article 3978 des Statuts refondus, le Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec devra admettre à la pratique, leur accorder la licence requise pour l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique dans cette province, et l'enregistrer de la manière voulue par la loi, les élèves qui, étant élèves inscrits de l'une des universités de cette province, comme étudiants en médecine seront dans les conditions suivantes :

(a) Auront, dans tous les cas, commencé leur cours médical dans l'une des dites universités et se seront fait inscrire comme élèves avant le premier septembre 1903 ;

(b) Seront porteurs de la double inscription, pour cours classique, de collèges de la province dûment constitués en corporation ;

(c) Ou seront porteurs d'une inscription ou d'un brevet de l'un des dits collèges et obtiendront l'autre inscription avant l'octroi de la dite licence ;

(d) Ou seront porteurs d'un diplôme de cours complet d'une école normale de cette province.

Examinons un peu ce à quoi nous engage ce bill nouveau.

Je laisse de côté les " attendu ", car ce sont tous des gens qui ne peuvent plus attendre, nous savons maintenant pourquoi.

Voyons le paragraphe (a). Il veut décréter que tous les étudiants en médecine inscrits *avant septembre 1903* auront droit à la licence.

Savez-vous à combien l'on peut estimer le nombre de ces irréguliers: environ 5 à 600. Car il ne s'agit pas seulement des élèves actuellement inscrits, mais de tous ceux qui, dans le passé, se sont trouvés dans cette pénible situation de ne posséder aucun brevet ou aucun titre leur donnant le droit de

pratiquer dans la province de Québec. Or, nous savons qu'il y en a un grand nombre qui habitent les États-Unis et qui n'attendent que l'occasion favorable pour transporter leurs pénates au Canada, où ils pourront faire une concurrence active à leurs confrères: les réguliers. Allez-vous me soutenir que c'est faire acte de justice à l'égard de ces derniers en déclarant que leurs titres sont désormais périmés et que l'exercice de la médecine ne souffre plus aucune entrave?.....

Mais les clauses *b c* et *d* vont plus loin: elles engagent l'avenir en abaissant le niveau des études préparatoires à l'entrée dans les professions libérales. Ainsi, la clause *b* demande que les élèves porteurs de la double inscription, c'est-à-dire, ceux qui auront conservé 50 p. 100 des points dans les deux bachelauréats, aient aussi droit à leur licence.

Aujourd'hui, l'élève bachelier doit conserver les $\frac{2}{3}$ des points avant d'être inscrit comme élève régulier sous les registres du Collège des Médecins. On trouve ce chiffre très élevé. Il ne faut plus que la moitié des points.

Est-ce là ce qu'on appelle élever le niveau intellectuel de nos classes instruites?

Cette réforme a déjà été proposée par un des Gouverneurs du Collège à deux assemblées générales consécutives. On s'est prononcé contre son adoption. Ceci devrait être suffisant pour convaincre son auteur que cette mesure est dangereuse et destinée à créer des abus regrettables. Nous nous opposons à cette clause parce qu'elle tend à rabaisser le niveau des études classiques et à diminuer les garanties de qualification exigées par le Collège des Médecins de cette province. C'est affirmer publiquement qu'il n'est pas nécessaire d'être bachelier pour étudier la médecine, et qu'une simple inscription est suffisante.

Il n'y a que dans la province de Québec où l'on peut faire un semblable gâchis, et il n'y a que notre politique pour engendrer de tels bâtardeaux en fait d'amendements aux lois qui nous gouvernent.

La clause *c* accentue encore davantage le mal signalé dans

la clause *b*. Ici, on n'exige plus la double inscription; on prévoit qu'il y aurait encore *des braillards en vedette*. On demande *une seule* inscription ou un brevet d'un collège classique, en laissant à l'élève la faculté d'obtenir la deuxième inscription durant sa cléricature pourvu que ce soit avant l'octroi de la dite licence.

Ce que nous avons dit de la clause *b* s'applique à la clause *c*. Nous ajouterons, afin de compléter la pensée du pseudo-législateur, que si cet élève n'a pas pu, pour des raisons connues: maladie, voyages, couleur politique etc., obtenir la seconde inscription, il pourra toujours suppléer au tout par un bill privé, car on peut prévoir que les mêmes abus se répèteront, et il est certain qu'il y aura encore, dans ce temps-là, comme aujourd'hui, des députés accessibles. aux bons sentiments. . . en un mot de braves Don Quichotte, c'est-à-dire, les traditionnels chevaliers des moulins à vent! . . .

Et la clause *d*, que dit-elle? Elle ouvre la porte aux élèves sortis des écoles normales.

Nous ne sommes pas prêts à discuter ce dernier point, mais il semble qu'il va à l'encontre du mouvement qui s'accroît de plus en plus et qui consiste à exiger de tout aspirant aux professions libérales un certificat d'études classiques complétés.

Résumons-nous sur le mérite du bill présenté par M. Tachereau.

1° Il demande d'accorder la licence à 5 ou 600 élèves irréguliers qui ont négligé de passer leur brevet pour des raisons de santé, et qui ont continué à étudier la médecine en parfaite connaissance de cause, escomptant une inscription forcée par un bill privé ou un amendement à la loi médicale.

2° Il décrète qu'à l'avenir les diplômes de bacheliers ($\frac{2}{3}$ des points) ne seront plus nécessaires mais que la simple inscription ès-lettres et ès-sciences—50 p. 100—sera suffisante pour être inscrit régulièrement comme étudiant en médecine.

3° Dans le cas où un élève n'aurait pas pu obtenir la double inscription on devra se contenter *d'une seule* et d'un brevet d'études d'un collège incorporé. La seconde inscription *pourra* être obtenue plus tard, si on veut obtenir la licence.

4° Enfin on répudie l'idée des études classiques pour les aspirants aux professions libérales en admettant d'emblée les élèves des écoles normales.

On a oublié une dernière clause, et celle-ci a été suggérée à M. Tachereau par M. le Dr Lachapelle Président du Collège.

(a) *Aura droit à une prime de la part du Collège des Médecins tout élève qui voudra bien consentir à étudier la médecine sans brevet ni inscription.*

(b) *A partir de l'an..... l'exercice de la médecine est libre dans la province de Québec.*

Mais M. Tachereau n'a pas voulu consentir à allonger indéfiniment son bill!!! La session est déjà avancée, dit-il, et il faut ménager ses ressources pour d'autres occasions. On ne saurait être plus *grrrand!*

Nous affirmons que cette mesure est inique; qu'elle est créée tout exprès pour favoriser certaines agences politiques au détriment des intérêts supérieurs de la haute éducation; qu'elle est en opposition flagrante avec les vues de la profession médicale tout entière; et qu'elle fera la honte des législateurs qui auront contribué à la mettre en force si elle est sanctionnée par la majorité des deux chambres.

Nous avons confiance dans la chambre Haute; mais, comme le dit un proverbe latin, *trahit sua quemque voluptas: chacun suit son penchant.*

UN ÉLECTEUR.

P. S. — Au dernier moment, j'apprends que les parties en cause sont tombées d'accord sur l'amendement qui suit :

“ Nonobstant l'article 3,978 des Statuts Refondus, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec devra accorder la licence et l'enregistrement requis pour l'exercice de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, aux personnes qui, s'étant inscrites comme étudiants en médecine et ayant commencé leur cours médical dans une université de cette province avant le 1^{er} novembre 1903, y auraient obtenu un diplôme de docteur en médecine après avoir suivi les cours et fait le nombre d'années d'études requis par la loi et les règlements du collège des médecins, et pourront établir :

“ Qu'ils étaient alors porteurs de la double inscription *ès-lettres et ès-sciences*, obtenue après cours classique dans un des collèges de cette province, ou qu'ils étaient porteurs de l'une des dites inscriptions et qu'ils ont passé, depuis, devant les examinateurs nommés en vertu de l'article 3,979 des Statuts Refondus, un examen satisfaisant sur matières de l'inscription qui leur manque.”

Bien que cet amendement améliore la situation créée par le bill original de M. Tachereau, nous nous opposons formellement à son adoption et nous protestons contre le précédent qu'il établit. D'abord, au lieu de la qualification des $\frac{3}{4}$ des points vous n'en exigez plus que la moitié: c'est regrettable; car c'est mettre le Collège des Médecins en contradiction avec lui-même conformément à la décision qu'il a déjà rendue sur ce point.

En second lieu, vous faites intervenir la Législature entre le Collège des Médecins et ses élèves dans un conflit qui n'intéresse que les médecins et qui n'est nullement de la compétence de la majorité de nos députés. Il est vrai que plusieurs de ces derniers ont pu soutenir prétentieusement qu'ils pouvaient faire et défaire les lois (les médecins souvent pourraient aussi faire et défaire les députés), en qualifiant d'outrées les exigences de la loi médicale; mais il ne faut pas s'en alarmer. C'est du vent! Ils prennent leurs vessies pour des lanternes; — ce qui explique le *noir obscur* de leur entendement — il suffit de les crever pour les désorienter. C'est ce qui a été fait à Québec. Leurs pupilles *devront subir des examens* comme nous le voulions. Mais il eut été bon de leur démontrer que nous n'avons pas de permission à leur demander et que nous entendons régler nous-mêmes nos propres affaires. Mais pour cela *il importe que tous soient de même avis*.

Nous aurons l'occasion de nous expliquer plus longuement sur ce point; à savoir l'unité d'action des officiers du Collège des Médecins dans ces circonstances.

FLECTEUR

ACTUALITÉS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

à Saint-Louis les 3, 4 et 5 octobre 1904

Au cours des dernières expositions internationales la médecine a toujours été bien représentée et les congrès médicaux ont eu les plus grands succès. L'exposition de Saint Louis aura aussi des congrès de médecine, et le congrès anti-tuberculeux aura nous sommes sûrs un grand succès. Déjà les différents gouvernements d'Europe et d'Amérique ont promis leur concours et désigné des délégués.

Le Canada par l'intermédiaire de l'Honorable Ministre d'Agriculture M. H. S. Fisher a promis de se faire représenter par un délégué.

Les officiers sont: E. J. Barrick M. D., de Toronto Ontario. Secrétaire: Samuel Bell Thomas 290 Broadway, N. Y. Trésorier: et président du comité de l'exécutif, Clark Bell Esq. 39 Broadway New-York. Les gouverneurs de différents états des États-Unis ont accepté la vice-présidence. La même position a été acceptée par les lieutenants gouverneurs des provinces du Canada, par les Honorables MM. Fielding et Blair, Dr J. G. Roddick, Sir Wm Hingston de Montréal. Hon. G. A. Drummond et l'Hon. Jas. Loudon, président de l'Université de Toronto.

Le congrès international de la tuberculose qui devait avoir lieu à Paris du 26 septembre au premier octobre 1904 sous la présidence du Prof. Brouardel a été remis à l'année 1905.

Les Américains apprécient beaucoup cette délicate attention des médecins français. Les savants des deux mondes pourront ainsi assister à ces deux congrès.

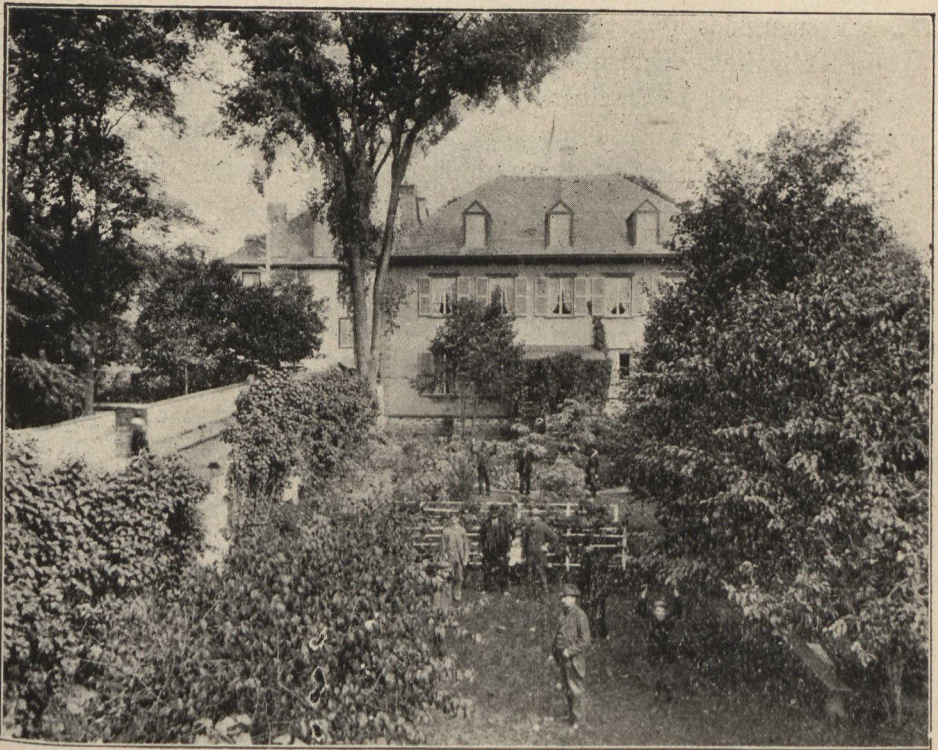
SUPPLEMENT

INSTITUT HYDRO-ÉLECTROTHÉRAPIQUE

SANATORIUM

Pour les maladies du système nerveux et les affections chroniques,

Nous avons eu l'occasion de visiter cet Institut récemment et nous sommes heureux de donner quelques renseignements utiles.



L'Institut Hydro-electrothérapique des Trois-Rivières.

Cet établissement fondé en 1896, agrandi en 1903, est situé au milieu d'un magnifique parc, dans la région la plus salubre et la plus tranquille de la ville-campagne des Trois-Rivières.

Il réunit tous les moyens de traitement physique des *maladies chroniques*, du *système nerveux* et de la *nutrition*.

Il offre des avantages considérables pour l'application des méthodes scientifiques, dans le traitement des intoxications médicamenteuses et alcooliques et des débilités générales.

A côté de tous les *moyens thérapeutiques* que nous trouvons réunies dans l'Institut, on a laissé une place aux *moyens de diagnostic*. Ainsi, un service modèle de radioscopie (Rayons X) et un laboratoire moderne, pour les examens des crachats, des urines, du suc gastrique, du sang, etc., ont été installés et mis à la disposition des praticiens. L'édifice est chauffé à l'eau chaude et éclairé à l'électricité.

Tout médecin peut réserver des chambres pour ses patients, ou les traiter, s'il le préfère, en collaborations avec les médecins résidents à l'Institut.

Les médecins résidents sont Monsieur le docteur Charles DeBlois directeur, et Monsieur le docteur Tourigny, adjoint.

B. Lindman, Ecr.,
130, rue Peel, Montréal,

Montréal, 24 novembre 1903.

Cher Monsieur :

Permettez-moi de vous communiquer l'expérience et le résultat que j'ai obtenu en faisant usage du bandage que vous m'avez procuré. Vers le milieu de septembre 1902, j'ai eu le malheur de me causer une hernie, par une chute de cheval sur le terrain de Polo à St Lambert, qui me causa une blessure très sérieuse; mon cheval étant tombé, je fus lancé sur le terrain avec violence et mes médecins ont alors constaté que la rupture était incurable.

L'on m'a avisé de porter un de vos bandages; ce que j'ai fait. J'ai obtenu un tel soulagement et une telle assurance qu'il me fut possible de monter à cheval dans la course du mois suivant, et que j'ai continué mes courses à cheval depuis cette époque. Six mois plus tard, à ma grande surprise et celle de mes médecins, je me trouvai complètement guéri, et ne me suis plus servi de votre bandage, excepté par mesure de précaution lorsque je devais monter à cheval.

Je vous permets de vous servir de cette lettre comme il vous plaira dans le but de soulager l'humanité souffrante.

Votre tout dévoué,

Signé, H. Gravel.