

ACTUALITES

LE CONGRES INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE

PARIS, 2 — 7 OCTOBRE 1905.

Le congrès a été un magnifique succès. La totalité de ses membres atteint près de 4,000. La valeur des rapports soumis est considérable. Quant au nombre des travaux ou communications soumis, il est tel que leur énumération seule occuperait une place plus étendue encore que ce rapide, et cependant long compte rendu.

Il a été ouvert par le Président de la République, entouré de toutes les personnalités marquantes de l'Etat, du Corps diplomatique, des notabilités de la science, etc.

Le Grand-Palais des Champs Elysées avait reçu une décoration spéciale et magnifique. Les programmes des sections étaient tellement chargés que la plupart d'entre-elles, durant les cinq journées de session, se sont divisées en sous-sections, six orateurs parlaient donc à la fois.

L'Exposition attenante a été une idée excellente au point de vue de l'instruction de la foule, admise librement. Les collections scientifiques qu'elle contient sont d'une valeur exceptionnelle. Des tableaux synoptiques, des reproductions, des plans d'établissements modèles, des types d'habitations hygiéniques s'y rencontrent.

Il faut y signaler le nombre incalculable de pièces anatomiques, parmi lesquelles celles de l'Institut Pasteur de Lille, démontrant la pénétration du bacille par les voies digestives. Les laboratoires de Munich, Berlin, Rouen, de l'école vétérinaire d'Alfort y ont magnifiquement contribué.

L'âme de ce Congrès a été le prof. Letulle Secrétaire général, qui a dit les quelques efforts qu'avaient provoqués les trois années de préparation, et le concours des trente-trois principaux peuples du monde.

L'accueil enthousiaste fait par Paris et la France aux congressistes s'est manifesté au cours des réceptions du Président de la République, du professeur Hérard, de l'Académie de Médecine, président du Congrès, des soirées organisées par des journaux, des excursions effectuées durant toute une journée, etc.

Il a été visible que la France et les Français ont voulu montrer que la place qu'ils occupent au soleil est toujours parmi les plus importantes sous tous les rapports, et que sur le domaine scientifique, on peut l'égaliser, non la dépasser.

De l'avis général des congressistes étrangers, ils semblent avoir réussi.

PREMIÈRE SECTION. — PATHOLOGIE MÉDICALE

PRÉSIDENTE DU PROF. BOUCHARD.

Trois rapports sur le *diagnostic précoce de la tuberculose par les méthodes nouvelles*.

M. ACHARD (Paris) s'efforce de démontrer l'énorme difficulté, étant donné qu'un diagnostic porté, même au début, doit être considéré déjà comme tardif. Il signale les signes de probabilité: troubles de la température, diverses modifications lumbales, échanges respiratoires, auscultations et symptômes locaux, analyse des exsudats; et les signes de "certitude:" présence du bacille de Koch, procédé tardif entre tous. Quant à la recherche de l'agglutination du bacille, elle est d'appréciation assez difficile. Pour ce qui est de l'épreuve à la tuberculine, elle présente pas mal d'inconvénients. En somme, c'est encore l'auscultation, surtout renforcée par l'asymétrie de l'inspiration de Grancher qui demeure le moyen de choix.

M. MARIANI (Gênes). Il faut tenir compte des prédispositions héréditaires ou acquises (maladies infectieuses, alcoolisme); des symptômes généraux ou fonctionnels (amaigrissement, asthénie physique et morale, végétations adénoïdes, névralgies et arthralgies, diminution d'hémoglobine, tuméfaction, de la pression artérielle, splénomégalie pré-tuberculeuse, myosis surtout unilatéral), élévation thermique par fatigue ou injections de sérum, dyspnée, hémoptysie, amyotrophie des muscles voisins du foyer soupçonné. La percussion a relativement peu d'importance à cette période, mais l'auscultation révèle ce que l'auteur nomme des "anomalies acoustiques," signalant de petits foyers circonscrits. Le râle *oral* se fait entendre à distance. Enfin la radioscopie et les tracés respiratoires (spirométrie) sont intéressants.

M. C. T. Williams (Londres). Depuis Laënnec, l'auscultation reste intangible, seul le stéthoscope a été modifié. (Le rapporteur

montre un stéthoscope donné par Laënnec lui-même à son propre père). Les autres moyens méritent l'attention, mais seulement comme enseignements complémentaires. Les rayons Röntgen sont cependant incertains et souvent tardifs. A propos de la recherche du bacille de Koch, il ne faut point oublier combien on peut le confondre avec des similaires. La diazo-réaction d'Ehrlich, pas plus que la réaction du para-amido-benzaldéhyde ne sont pas nettement positives, de même la réaction agglutinante. Au sujet de la tuberculine, le rapporteur relate que les Anglais croient lui avoir trouvé une nouvelle propriété: elle jouerait le rôle de stimulant des principes anti-tuberculeux ou protecteurs contre le bacille. Le sang normal contiendrait un élément s'associant aux bacilles de Koch ou autres, pour les rendre plus aptes à subir la phagocytose.

A la discussion de ces rapports, M. *Turhan* (Daws) nie la valeur de la radioscopie, qui est par trop irrégulière, souvent même muette dans des cas décelés par l'auscultation. Mais M. *Heunecart* prétend que dans 76 p. c. des cas, l'examen aux rayons X permet de constater une diminution de transparence des sommets (signes de Williams, de Boston) M. *Ruault* (Paris) et *Orthand* (Paris) rappellent, l'un sa méthode par comparaison des deux sommets au moyen de l'application des deux mains sur chacun d'eux, et l'autre, la valeur de la courbe pneumographique et de la mensuration de l'intensité du son au moyen du diapason.

L'étude du bacille de Koch et de ses variétés a donné lieu à d'importantes communications. MM. *Bezançon* et *Philibert*, M. *Gaston*, ont distingué deux catégories de bacilles dits acido-résistants, dont l'une ne possédant qu'accidentellement cette dernière propriété, sans doute grâce aux matières grasses qui les entourent, ils pourraient être facilement pris pour des germes spécifiques. Sont-ils nocifs? Inoculés aux animaux, leurs lésions simulent des lésions tuberculeuses mais ne contenant que des bacilles non susceptibles d'être inoculés à un autre sujet. Ces lésions guérissent spontanément, les malades ne réagissent pas à la tuberculine.

Au fond, ce n'était là qu'une reprise partielle du vieux débat sur les tuberculoses bovine et humaine. M. *Behring* s'y est prononcé pour la dualité, mais reconnaît que ces différents types

d'acido-résistants présentent des virulences fort variées, nécessitant une application d'un traitement très circonspect. Cette discussion a eu sa sanction par le vœu voté en séance plénière de la Première et de la Deuxième Section réunies, qu'on trouvera plus loin, à cette dernière.

Sur le *traitement du lupus par les méthodes nouvelles*. MM. *Jeanselme et Chatin* (Paris) rapportent que la photothérapie, appliquée suivant les règles formulées par *Finsen* (Copenhague) appareil puissant, compression exacte et continue, longue durée des séances, traitement prolongé, donne d'excellents résultats. Elle n'est pas douloureuse, la cicatrice est souple et reste perméable aux rayons chimiques, qui permet de reprendre le traitement en cas de récidive. Les prof. *Lesser* (Berlin) et *Forckhammer* (Copenhague) rapportent des appréciations analogues.

Néanmoins, suivant plusieurs congressistes, les anciennes méthodes chirurgicales et de cautérisations conservent leurs applications.

Suivant une communication de M. *A. Robin* (Paris), les régions pulmonaires tuberculisées s'hydratent et voient diminuer leurs principaux constituants actifs, (matières organiques, azotées, minérales) tandis que les régions encore saines accumulent ces mêmes constituants actifs dans une proportion supérieure à celle d'un poumon sain. C'est donc à la thérapeutique d'apporter sous une forme assimilable les principes minéraux que retiendront le poumon, et la silice, et peut-être le fer, que le poumon perd sans pouvoir les remplacer faute de réserve organiques.

L'étude du terrain tuberculeux a amené le même auteur à rappeler dans une remarquable communication le fruit de ses longues recherches sur les échanges respiratoires et nutritifs dénonciateurs de l'hérédité du terrain tuberculeux. L'augmentation des échanges existe à toutes les périodes de la maladie. Ils sont augmentés par les conditions morales ou physiques prédisposant à la maladie; ils sont inférieurs à la normale dans les états antagonistes (arthritisme); certaines médications, huile de foie de morue, arséniate et cacodylate de soude, l'air surazoté les restreignent. Une autre condition du terrain prédisposé est trahie par la déminéralisation organique plus élevée dans la pré-tuberculose et sous la première période que plus tard. Par conséquent, agir d'abord sur le terrain.

Mais MM. *Charrin et Tissot*, opérant sur des cobayes expérimentalement tuberculeux, ne remarquent nulle confirmation de ces faits, d'après une autre méthode de recherche, il est vrai, et critiquent, d'ailleurs, les procédés employés par M. Robin. M. *Marc Laffont*, de Paris, est du même avis. M. *Kuss* n'observe pas non plus des modifications bien sensibles. Le professeur *Arloing* (Lyon) et M. *Laulanié* n'ont pas remarqué de différences dans les chimismes respiratoires du bœuf tuberculeux ou non; chez le lapin, l'augmentation existe mais très légère.

Devant de pareilles contradictions, MM. Robin et Tissot étudieront la question en commun pour le prochain congrès.

D'après le docteur *Charlier*, la diminution progressive de la capacité respiratoire provoquée par la congestion et la sclérose des parties pulmonaires atteintes, est d'un bon diagnostic au début et d'un bon pronostic plus tard.

M. *Ogilvie* (Londres) dit qu'il n'y a aucune évidence de transmission de la tuberculose par le germe soit spermatique, soit ovulaire. Il ne doit pas y avoir de prédisposition "spécifique" mais une "diathèse" héréditaire du terrain.

D'après M. *Tessier* (Lyon), 34 p. c. des albuminuries intermittentes seraient dues à l'imprégnation tuberculeuse, dont elles seraient le résultat ou l'indice, mais n'impliquant pas forcément à chaque fois l'évolution vers la tuberculose confirmée.

L'étude du sang de phtisiques a conduit M. *Jousset* (Paris) à conclure que dans la phtisie aiguë, le sang se surcharge de bacilles dans la moitié des cas, sans doute, par infection d'ulcérations intestinales au contact de crachats déglutis.

Pour M. *Lorand* (Carlsbad), tout ce qui excite le fonctionnement thyroïdien augmente l'immunité.

Encore au sujet du diagnostic, M. *Nattan-LARRIER* obtient un développement rapide (3 à 4 jours) de tuberculose en inoculant les produits purulents (urines, crachats, et liquide céphalo rachidien dans la mamelle du cobaye.) MM. *Landouzy et Labbé* incriminent toujours la chlorose comme stigmate de tuberculose latente.

Une discussion mouvementée a pris place à propos de l'agglutination du sérum des sujets examinés en face de cultures tuberculeuses. La méthode est due à MM. *Arloing* (de Lyon) et *Courmont*, qui l'ont trouvée exacte dans 85 à 90 p. c. de tuber-

eulose avérée : la réaction est plus marquée chez les sujets en voie de guérison, nulle à la dernière période. Il ressort de la discussion que le séro-diagnostic positif permet d'affirmer la tuberculose dans une forte proportion des cas, mais que le séro-diagnostic négatif ne doit rien faire conclure. M. Joffres et Maurel ont trouvé que les modifications du thorax font partie de la symptomatologie de la tuberculose confirmée et qu'elles sont une cause prédisposante.

DEUXIÈME SECTION. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

Président : PROF. LANNELONGUE.

Rapports sur l'*Etude comparative des diverses tuberculoses*, question par conséquent des plus importantes puisqu'il s'agissait au fond de rouvrir le débat sur la dualité des tuberculoses humaine et bovine, et grosses de conséquences thérapeutiques, prophylactiques, etc.

Le professeur Kossel (de Giessen) conclut :

1° L'examen bactériologique des lésions tuberculeuses de l'homme, du bœuf et du porc, permet de distinguer deux types différents, humain et bovin.

2° La tuberculose bovine est exclusivement attribuable au type bovin.

3° Les pores sont réceptifs à un haut degré pour les bacilles bovins, à un degré moindre pour les bacilles humains.

4° La tuberculose chez l'homme provient en première ligne, de la contagion par le bacille humain, transmissible d'homme à homme.

5° Des lésions tuberculeuses peuvent être avoir été produites chez l'homme par le type bovin.

6° La transmission des bacilles bovins à l'homme peut s'effectuer par les aliments provenant d'animaux tuberculeux, en première ligne par le lait de vaches atteintes de tuberculose mammaire.

7° Le rôle joué par l'infection tuberculeuse de source animale est minime en comparaison du danger que cause l'homme phthisique.

Le Dr Mazych Ravenel, rapporteur américain, est également

“ dualiste ” avec Théobald Smith, la différence principale résidant surtout dans la puissance pathogène, beaucoup plus accusée, du type bovin. Les autres espèces animales atteintes tiennent leur affection de l'homme ou du bétail. Nous sommes encore dans l'impossibilité de déterminer le nombre exact des cas dans lesquels la tuberculose bovine est transmise à l'homme, mais nous pouvons, avec évidence, la considérer comme étant l'origine d'une partie des cas de tuberculose humaine, et il serait contraire à la sagesse de se relâcher des lois formulées ou des précautions prises contre la tuberculose bovine.

Le professeur Arloing (de Lyon) est “ uniciste.” Il conclut en substance dans son rapport :

1° Toutes les affections tuberculeuses dérivent du bacille de Koch. Mais ce dernier possède des degrés de virulence et des propriétés biologiques suivant le milieu où il a vécu.

2° Les types admis par quelques bactériologistes ne sont que les variétés. En réalité, ces types n'ont rien de tranché; des variétés plus au moins nombreuses permettent de passer invisiblement de l'un à l'autre.

3° Toutes ces variétés peuvent être agglutinées, peuvent donner de la tuberculine et engendrer la substance agglutinante.

4° La transmissibilité réciproque des tuberculoses bovine et humaine, ne doit plus être contestée, la fréquence seule en reste discutable.

5° Au point de vue de la santé de l'homme, il y a donc lieu de se défier de toutes les tuberculoses animales. Mais c'est toujours la propagation d'homme à homme qui est la plus fréquente.

6° Tous les vertébrés à sang chaud peuvent héberger des bacilles de Koch à virulence variée.

7° Les variétés les plus atténuées du bacille chez l'homme et les mammifères se rencontrent plus spécialement dans les tuberculoses dites chirurgicales, ganglionnaires ou du derme cutané.

8° Certaines de ces tuberculoses renferment cependant des bacilles aussi virulents que les tuberculoses viscérales.

9° C'est l'inoculation au cobaye et au lapin qui permet de distinguer les différentes virulences.

10° Les variétés les moins affaiblies gagnent de la virulence en passant à travers le cobaye. Les plus profondément atténuées conservent leur atténuation malgré plusieurs passages.

Les professeurs *Lignières* (Buenos-Ayres) est dualiste, tout en reconnaissant l'existence d'un groupe unique formé de dérivés. Mme *Lydia Rubinovitch* (Berlin), malgré les différences de caractères divers, croit qu'il n'y a qu'une espèce avec variétés, dont les types humains et bovins sont les plus voisins, les types aviaires et des animaux à sang froid les plus éloignés.

A l'unanimité, le prof. Arloing fait adopter l'ordre du jour suivant: Le Congrès déclare qu'il ne faut pas seulement se défendre contre la tuberculose humaine, mais également contre la tuberculose bovine.

Après des essais multiples de *sérothérapie tuberculeuse*, MM. Larnelongue, Achard et Gaillard disent qu'on serait tenté de croire à sa spécificité mais qu'en réalité, ils ne se croient pas autorisés à conclure encore ainsi. M. *Maragliano* (Gênes) est heureux de voir ses expériences confirmées et M. Arloing a obtenu un retard considérable dans la mort des animaux inoculés, par neutralisation de la tuberculine, croit-il.

M. *Beraneck* (Suisse) par sa tuberculine (toxines extra et intracellulaire avec action bactéricide grâce à l'extrait orthophosphorique, et action chimio-toxique sur les phagocytes) obtient de beaux résultats dans les tuberculoses chirurgicales. M. *Cuguillière* (Toulouse) et plusieurs congressistes qui ont expérimenté son sérum en font grand éloge. La plus importante de ce genre de communications est celle de M. *Marmorock* (Paris) qui apporte un grand nombre d'observations favorables, surtout dans les tuberculoses chirurgicales et pulmonaires au début. Différents personnages de France et de l'étranger confirment ces faits, de même que le volumineux ouvrage officiel publié par l'Empire Allemand.

Sur la tuberculose iléo-cœcale, rapport de M. *Roux* (Lausanne), très remarquable: le pronostic en est sombre avec le traitement chirurgical, et réjouissant dans la tuberculose pseudo-néoplasique non compliquée de fistule ou d'envahissement voisin. La résection est l'opération de choix (80 p. c. de succès) dans le traitement curatif; comme palliatif l'exclusion unilatérale tient le premier rang en cas de non-fistule. En cas de fistule, 91 p. c. de l'exclusion bilatérale. En résumé, la tuberculose iléo-cœcale est une tumeur chirurgicale par excellence; le chirurgien doit

l'exciser ou, s'il ne l'ose, la contourner; quelquefois la contourner pour l'exciser ensuite.

D'après les prof. *Depage* et *Pinchart* (Bruxelles) la résection est également indiquée sauf en cas d'adhérences trop fortes, de mauvais état général, de clapiers, qui entraînent d'abord l'exclusion, laquelle pourra souvent permettre d'ailleurs de revenir ensuite à la résection.

M. *Demoulin* (Paris) rapporte des conclusions analogues avec inclinations vers l'exclusion. Le professeur *Cornil* rappelle à ce sujet que l'appendicite tuberculeuse n'est pas inobservée, mais qu'elle est très rare.

Les communications de MM. *Pénières* (Toulouse) *Balot* (Berk sur mer) *Djalil-Khan* (Perse) condamnent sans exception toute intervention chirurgicale dans les tuberculoses génitales de l'homme, testiculaire ou épидидymique. Les deux derniers préconisent les injections de naphthol camphré et de chlorure de zinc.

Le prof. *Cornil*, sur la tuberculose de l'ovaire dit qu'elle est rare, et qu'il y a une espèce d'antaganisme entre elle et la tuberculose pulmonaire chez la femme.

M. *Bossi* (Gênes) soulève l'intéressante question de l'opportunité de l'avortement artificiel chez la tuberculeuse. Il n'est pas approuvé, la survie de l'enfant étant presque inconnue, plus intéressant encore que celle de la mère, déjà socialement dépréciée.

Le rapport de M. *Alessanari* (Rome) sur les interventions chirurgicales dans la tuberculose des méninges et de l'encéphale ne croit pas qu'elles soient à conseiller, tout au moins dans le premier cas; plutôt dans quelques formes de méningite en plaques ou dans des suites de méningite localisée et guérie. La statistique des opérations sur le tubercule solitaire du cerveau ou du cervelet est assez satisfaisante, assez bonne même. Le prof. *Duret* (Lille) s'associe dans son rapport à ces conclusions, mais les trouve trop pessimistes sur l'intervention dans la méningite diffuse. Le prof. *Lannelongue* affirme que, pour lui, on doit intervenir dans les méningites tuberculeuses dès que le diagnostic est posé.

Dans la tuberculose du larynx M. *Caster* (Paris) préconise, dans l'ordre: traitement de l'état général, attouchements par l'acide lactique et chlorure de zinc, et enfin ablation du foyer tuberculeux.

Le même auteur déclare que l'influence étiologique de la tuberculose se montre importante dans l'ozène. M. Courrier (Paris) aurait obtenu d'excellents résultats sur le larynx par le badigeonnage avec des extraits glycérolés de foie de morue frais.

Au sujet des ostéo-arthrites tuberculeuses, le prof. Lannelongue est amené à décrire ainsi son excellente méthode: j'injecte dans l'articulation même une solution composée de 90 grammes d'huile, de 10 grammes d'iodoforme et de deux grammes de créosote, et je laisse quelques grammes de ce liquide dans l'articulation même." On sait que les résultats sont merveilleux.

Dans les rapports *tuberculose et traumatisme*, M. Villemin (Paris) et von Friedlander (Vienne) estiment que la doctrine de la tuberculose post-traumatique est purement empirique, sa base scientifique n'est nullement étayée. Les foyers tuberculeux latents des os et des articulations sont vraiment beaucoup plus fréquents que ne permettent de le supposer les constatations faites accidentellement jusqu'ici. Le prof. Lannelongue n'a jamais vu le traumatisme amener des localisations tuberculeuses chez des tuberculeux, il devait y avoir tuberculose locale avant l'accident. On devine de quelle importance est cette question, au point de vue des accidents du travail. (Une communication apporte cependant un cas de tuberculose du maxillaire après une extraction, mais nous avons les meilleures raisons personnelles pour estimer qu'il y a erreur d'interprétation.)

Avant d'abandonner la section de chirurgie mentionnons par M. Denys (de Louvain) assure avoir obtenu d'excellents résultats dans la péritonite tuberculeuse par des injections locales de sa tuberculine.

TROISIÈME SECTION. — PRÉSERVATION ET ASSISTANCE DE L'ENFANT

Président : PROF. GRANCHUR,

Vice-Président : PROF. HUTINEL.

Le professeur Grancher fait ressortir que ce qui doit dominer les travaux de la 3ème section, c'est que la tuberculose n'a rien d'héréditaire: c'est un mal que l'on ne rencontre, pour ainsi dire, jamais chez l'enfant de moins d'un an. Il est toujours acquis; il a été pris au milieu ambiant, à l'entourage surtout, à la famille dans la majorité des cas.

Le rapporteur allemand, M. *Heubner* voudrait que nul tuberculeux ne put se marier sauf rares exceptions et que la mère tuberculeuse n'allait pas son enfant. Il voudrait que les personnes qui s'occupent des enfants soient plus instruites de leurs devoirs, enfin que l'enfant soit transplanté à la campagne.

M. *Marfan*, rapporteur français, énumère toutes les conditions prophylactiques nécessaires et conclut ainsi: éloignement du milieu familial pour un endroit sain, dans une famille saine: l'exode rural. Il rappelle l'idée de Pasteur sur les vers-à-soie: pour sauver une race menacée, le mieux est de préserver la graine.

M. *J. Comby* (Paris) des plus qualifiés sur ce sujet, confirme qu'il n'y a pas hérédité mais contagion et, manifestement, par les voies aériennes, non pas par les voies digestives puisque 97 p. e. d'autopsie d'enfants ont montré des ganglions bronchiques.

Le prof. *Grancher* profite de la notoriété qui va entourer le Congrès pour refaire un cours complet de son diagnostic précoce. En dépit de la peur de ce diagnostic, causée par les arrêts répétés de Laënnec sur l'incurabilité de la tuberculose, il faut, au contraire, porter le diagnostic dès qu'une " inspiration anormale permanente et localisée s'entend à l'un des sommets, ce signe suffit à lui seul." Le pronostic du bacille est certain, mais il est trop tardif; on devrait l'abandonner. Passant en revue tous les autres signes: tuberculine, radiographie, cyto-diagnostic, température, il les trouve insuffisants ou tardifs. Il conclut aussi que le médecin appelé auprès du malade doit également ausculter toute la famille; très souvent il trouvera des cas en évolution d'extrême début.

MM. *Hutinel* et *Lereboullet* étudient les étapes de la tuberculose chez l'enfant: chez lui, les lésions ganglionnaires arrêtent le bacille, mais cessent de résister à la fin de l'adolescence et le mal paraît débiter alors. L'origine est surtout pulmonaire. La présence antérieure de foyers trouble la phagocytose. Une infection nouvelle souvent précipite tout.

Pour M. *Parret*, la radioscopie montre s'il y a adénopathie trachéo-bronchique ou non, signe très important de tuberculose latente.

De nombreuses communications apportent des contributions aux rapports de MM. *Ganghofser* (Prague) et *Méry* (Paris) sur la préservation scolaire qui se composent d'énumérations très

détaillées de prophylaxie générale et de préservation personnelle dans les établissements d'instruction.

M. *Brunon*, de Rouen, rappelle que dans les jardins de son hôpital, il a construit sommairement des baraquements en bois, "un aérum." Les enfants y ont été améliorés avec une rapidité surprenante. Presque tous guériraient si l'on arrivait à les retenir au-delà des premiers signes d'amélioration.

M. *Kuss*, du Sanatorium d'Angicourt, a vu confirmer par les autopsies sur sujets atteints de tuberculose chirurgicale, et sur d'autres de tuberculose pulmonaire récente, la théorie que la plupart des tuberculeux sont dues à une auto-infection partie d'un foyer latent remontant à l'enfance, avec, probablement, contamination bacillaire par la voie pulmonaire.

M. *Henry Cazalis* (alias Jean Labor, le romancier), étudie si le tuberculeux et la tuberculeuse ont le droit moral de se marier. Il voudrait qu'on les informe de ce qui attend leur progéniture. Nul ne devrait se marier sans savoir quelles conséquences son état de santé produira sur les enfants à venir.

MM. Méry et Terrien relatent de bien intéressants cas d'une cautérisation d'un lupus de la face, chez un enfant, qui provoqua une élévation thermique et une vive douleur dans une articulation coxo-fémorale; rapidement disparus, ces derniers phénomènes se reproduisirent lors d'une seconde intervention du même genre. Une véritable coxalgie en résulta.

Une avalanche de rapports et de communications détermine que le climat marin est le premier de tous pour la tuberculose fermée, chez l'enfant et chez l'adulte.

QUATRIÈME SECTION. — HYGIÈNE SOCIALE.

Président: PROF. LANDOUZY et Sénateur STRAUSS

Le rapport de M. *Bielefeld* (Berlin) sur les assurances et mutualités dans la lutte contre la tuberculose donne une excellente idée de l'énorme travail accompli en Allemagne.

Les caisses d'Assurances contre la maladie ont payé en 18 ans un milliard 400 millions de francs en secours aux malades et à leurs familles. Les assurances contre l'Invalidité ont versé aux ouvriers, de 1891 à 1903, — 12 ans — un milliard 20 millions.

La misère est donc ainsi combattue, voilà le meilleur préventif contre la tuberculose. Ces assurances ouvrières, d'ailleurs, permettent de faire pénétrer la prophylaxie tuberculeuse dans les milieux ouvriers, point capital. Depuis 1899, elles ont installé aux voisinages des grandes villes, des galeries de cure pour malades attendant l'admission au sanatorium ou pour personnes ayant simplement besoin de quelques semaines de repos. Tous les frais, y compris le transport, sont à la charge de l'assurance.

En résumé, différentes statistiques montrent que la mortalité par tuberculose en Prusse et dans diverses autres parties de l'Allemagne est en décroissance malgré l'augmentation de la population. Cela résulte de l'existence de l'assurance ouvrière obligatoire qui permet l'action simultanée de tous les facteurs de la lutte.

Le rapporteur français, M. *Fuster*, estime que ce système facilement vexatoire d'assurance obligatoire n'est pas applicable en France et la répartition des allocations, trop arbitraire, par les comités est impossible à nos mœurs politiques actuelles.

Quant à nos mutualités, elles interviennent trop tard, leur effort et leurs dépenses sont vains. Il faudrait, au contraire, réaliser le dépistage des enfants légèrement touchés et facilement curables.

Le rapporteur anglais, M. *Garland*, dit qu'il n'est pas prouvé que des Compagnies aient intérêt à consacrer des fonds au traitement curatif de leurs assurés. Pour les coopératives et mutualités, le cas est différent, car elles sont plutôt poussées par le devoir d'être utiles à leurs membres que d'amasser de gros profits.

M. *Millerand*, l'ancien ministre des travaux publics, dit qu'il vaut mieux prévenir que guérir. Il faut favoriser l'emploi du capital des caisses d'assurances dans les œuvres antituberculeuses d'intérêt social; les mutualités pourront assurer le rôle d'intermédiaire nécessaire entre l'Etat, qui prend la responsabilité des assurances, et les individus qu'il s'agit de garantir contre les risques de l'opération.

La discussion, sur les rôles et utilités comparés des sanatoriums et des dispensaires, a occupé une journée entière. C'est le rapport de MM. *Courtois-Suffit* et *Landry* qui l'a déchaînée par les conclusions suivantes:

Le rôle des sanatoriums populaires n'est qu'humanitaire, leurs rôles thérapeutiques et prophylactiques sont douteux ou illusoire; les dispensaires sont trop coûteux.

Le rapporteur danois, M. *Bang* annonce qu'en Danemark, on n'est pas loin de pouvoir dire que " tout tuberculeux pauvre qui a chance de guérison pourra être soigné gratuitement." Quant aux résultats obtenus dans les sanatoriums danois, la guérison relative c'est-à-dire, disparition de tout râle, bacille ou tout autre symptôme morbide, subsiste trois ans après le traitement sur 59 p.c. des cas, chiffre inférieur aux statistiques allemandes, mais sans doute plus exact car le traitement a en Danemark une durée presque double.

Enfin, le Danemark possède toute une série d'établissements éliminatoires, de convalescence, ou d'asiles pour incurables qui forment un fort bel armement. Digne d'exemple en effet.

M. *Beco*, rapporteur belge, estime qu'il est important de procéder à un remaniement complet du régime moderne de la bienfaisance qui ne connaît que certaines catégories de malheureux inscrits sur des listes dressées par préférence, au lieu de rechercher le malade débutant, le plus intéressant.

Mais Melle *Chaptal*, de Paris, montre les résultats considérables que peut obtenir l'initiative privée bien comprise. Le dispensaire qu'elle a fondé dans le quartier le plus peuplé de Paris a coûté 5,000 francs, dépense 1,200 francs par an, soigne et surveille 1,200 familles et a fait tomber en quatre ans la mortalité tuberculeuse du quartier de 91 p. c. à 40 p. c.

M. *Barth* trouve que l'on est trop sévère pour le sanatorium. A Bligny, la journée revient à 4 fr. 30, soit 0 fr. 80 de plus que dans les hôpitaux de Paris.

La note juste est donnée par M. *Armaingand* qui dit que le sanatorium doit être réservé à des cas spéciaux bien triés, mais que tout l'effort doit porter du côté des dispensaires et des œuvres sociales. Avec l'argent englouti dans la construction d'un sanatorium, on pourrait envoyer à la campagne 4,000 enfants des villes qui fourniraient sûrement un nombre d'unités guéries plus grand que le sanatorium.

Enfin, après des débats passionnés, la motion suivante est adoptée :

On peut discuter sur l'utilité du sanatorium selon les mœurs, les institutions, les ressources de chaque pays, mais le principe doit en être reconnu. Il est bien entendu qu'il constitue un moyen de lutte qui ne peut rien avoir d'exclusif ni de prédominant.

Les dispensaires ouverts à tous ont pour objet essentiel la prophylaxie, l'éducation du tuberculeux et en même temps l'assistance. Ils peuvent, de plus, être un précieux élément d'information.

Les sanatoria sont des établissements hospitaliers réservés aux tuberculeux curables; ils sont en même temps des instruments d'éducation et de prophylaxie.

Le problème de l'habitation salubre domine toute la prophylaxie de la tuberculose.

Il importe que des vues d'ensemble président autant que possible au fonctionnement de ces établissements. Ils ne peuvent que gagner à être unis entre eux et à être mis en rapport avec les institutions d'hygiène et de prévoyance, laboratoires instituts bactériologiques luttés anti-alcooliques, corps médical, etc, etc.

A signaler dans le rapport de M. *Juillerat* sur la tuberculose et l'habitation, remarquablement établi, ces observations fournies par "le casier sanitaire" des maisons: A Paris, la mortalité tuberculeuse est sensiblement proportionnelle à la hauteur des maisons; les étages inférieurs sont plus durement frappés que les étages supérieurs, exception faite pour le dernier, généralement habité par les domestiques. En résumé, "la tuberculose est la maladie de l'obscurité."

Ce qui est confirmé par M. *Marie Dary*, qui présente un double diagramme formé de deux courbes ayant des directions nettement opposées de telle sorte qu'aux faibles nombres de fenêtres par habitant correspondent des mortalités élevées. M. *Henscher* signale des faits analogues à Stockholm.

MM. *Casimir Périer*, ancien président de la République, et *Léon Bourgeois*, ancien président du Conseil de ministres, présents à la séance, font émettre le vœu que l'Etat soit muni de l'autorité nécessaire pour exproprier et faire disparaître tout immeuble dangereux à la santé publique.

Suivent des vœux tendant à l'abolition de l'impôt criminel sur les portes et fenêtres, sur la largeur des rues, la dimension des cours intérieures, la prescription de la désinfection du locaux, etc.

Le prof. *Landouzy* communique que la bacillose des blanchisseuses et blanchisseurs semble tenir le premier rang parmi les tuberculoses professionnelles: 56.14 p. c. chez les femmes et 74.50 p. c. chez les hommes, c'est un exemple nouveau de la nocivité des crachats desséchés dans les mouchoirs et les serviettes.

A propos de la tuberculose dans la marine, M. *Vartacissi* prouve par des chiffres que la mortalité est plus élevée dans la marine du commerce que dans celle de l'Etat. Les chauffeurs sont les plus atteints. On peut y porter remède.

Dans l'armée, c'est l'auto-infection, précédant le réveil de foyers anciens provoqué par le surmenage des premiers mois de service qui amène les ravages effroyables connus dans tous les pays.

Sans qu'elle ait fait l'objet d'un rapport officiel, ou d'un débat ouvert, une question a été, sans en avoir l'air, particulièrement controversé au cours du Congrès.

C'est celle de l'infection, de ses portes d'entrée, et, surtout, de la réalité absolue de la contagion par voie pulmonaire. Bien des voix se sont élevées dans les deux sens, mais il semble bien que la crainte de la contagion ait perdu du terrain, du moins quant aux modes généralement admis jusqu'ici.

Evolution latente de foyers datant de l'enfance, dispersion du germe dans l'économie générale par voie de l'intestin, bien des solutions sont proposées, affirmées même. Ce qui semble résulter de plus certain, c'est que le vraiment trop simpliste mécanisme du bacille allant directement se poser sur le poumon et y exerçant les déprédations qu'on y rencontre semble avoir vécu.

Si le poumon est le plus souvent atteint le premier, c'est qu'il est, sans doute, l'organe, le tissu offrant la moindre résistance devant la tentative exercée un peu partout grâce au torrent circulatoire. Le Dr *Bezanson*, de Paris, semble l'avoir prouvé dans sa communication, où il relate qu'ayant injecté du virus dans la peau à un grand nombre de lapins, en doses minimales et progressives, les poumons ont été toujours pris les premiers. Une autre communication faite par nous, prouve également, empiriquement si l'on veut, que la crainte de la contagion est exagérée, surtout par les voies pulmonaires: les médecins de sanatoriums pour tuberculeux, à qui l'on crache continuellement dans la figure au cours de l'auscultation ou des soins au larynx, ne sont atteints qu'en infime

proportion (2 sur 173); et la tuberculose des populations indigènes des stations de cure n'augmente pas (à Davos, de 0 à 4 cas par an depuis quarante ans, même proportion qu'avant l'arrivée des premiers curistes, lesquels sont maintenant plus de 3000 par an).

A la dernière Séance du Congrès, qui s'est tenue solennellement, toutes sections réunies, un événement qui pourra devenir capital s'est produit.

Nul n'ignorait depuis un an, parmi les gens renseignés, que le prof. Behring, l'auteur des découvertes d'où ensuite Roux fit sortir le sérum anti-diphthérique, était sur le point d'atteindre victorieusement le point analogue qu'il s'est fixé pour la tuberculose.

Une interview sensationnelle lui ayant fait dire beaucoup trop de choses, il a demandé à faire une communication sur l'état de ses travaux. Elle a eu lieu au cours de cette dernière séance, au milieu de l'attention de tout Paris;

En voici les passages essentiels :

“ Au cours des deux dernières années, je suis arrivé à reconnaître avec certitude l'existence d'un principe *curateur* complètement différent du principe antitoxique décrit par moi il y a quinze ans.

Ce nouveau principe curatif joue le rôle essentiel dans l'action immunisatrice de mon “bovovaccin” qui, depuis quatre ans, a fait ses preuves dans la pratique agricole pour la lutte contre la tuberculose des bovidés.

Ce principe repose sur l'imprégnation des cellules vivantes de l'organisme par une substance provenant du virus de la tuberculose et que je nomme TC.

Lorsque la TC est devenue une partie intégrante des cellules de l'organisme des animaux traités par elle et qu'elle est métamorphosée par ces cellules, je la désigne sous la formule TX.

Dans le bacille de la tuberculose, la TX ou pour mieux dire la TC préexiste, comme un agent doué d'un grand nombre de qualités extraordinaires. Cet agent remplit, dans le bacille tuberculeux, la fonction de substance *formatrice*. En outre, il possède des qualités *fermentatives* (et spécialement *catalytiques*).

Il représente le “principe quasi vital” des bacilles.

La présence de la TC est la cause, d'une part, de l'hypersensibilité à la tuberculine de Koch, et, d'autre part, de la réaction protectrice contre la tuberculose.

La route a été longue par laquelle, après avoir vaincu bien des obstacles, je suis arrivé à la conception, esquissée ci-dessus, du mode d'immunisation antituberculeux. Cette conception d'une immunité *cellulaire*, qui est toute

différente de l'immunité *humorale* antitoxique, je tiens à dire que je n'y serais pas parvenu sans la connaissance très intime des travaux de Metchnikoff sur la phagocytose.

Cette nouvelle méthode est, je le crois, appelée à protéger les hommes, menacés par la phthisie, contre les conséquences nocives de l'infection tuberculeuse.

Je me suis efforcé, sans trêve ni repos, d'épargner à l'organisme le travail, toujours long et périlleux, de l'élaboration de la TC. J'y suis arrivé par des expériences *in vitro*. J'ai transformé l'immunisation *active*, pour parler comme Ehrlich, en une immunisation *passive*.

Condensant en quelques mots les résultats de mes travaux, je dirai que, pour libérer la TC des substances empêchant son action thérapeutique, il est bon de distinguer trois groupes de substances bacillaires :

1° Une substance *soluble seulement dans l'eau pure*, et qui possède une action fermentative et catalytique. De cette substance soluble dans l'eau dérivent les parties toxiques de la tuberculine Koch. Cette substance a toutes les qualités chromophiles, physiques et chimiques de la *volutine*, décrite par notre botaniste de Marbourg, Arthur Meyer. Je nomme cette substance TV.

Pour donner une idée du pouvoir toxique de la TV, je puis dire qu'un *gramme* de cette substance, à l'état sec, est plus puissant qu'un *litre* de tuberculine de Koch.

2° Une substance *globulineuse*, soluble seulement dans un sel neutre (par exemple de chlorure de sodium à 10 p. 100) ; cette substance est nommée par moi TGL ; elle, aussi, est toxique à la façon de la tuberculine de Koch.

3° Plusieurs substances *non toxiques*, solubles seulement dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, etc.

Une fois que le bacille tuberculeux a été délivré de ces trois groupes de substances, il lui reste un corps, que je désigne sous le nom de *Restbacillus*.

Ce Restbacillus possède encore la forme et les qualités tinctoriales des bacilles tuberculeux. Au moyen de préparations convenables, il peut être modifié de façon telle qu'il devienne une *substance amorphe* directement résorbable par les cellules lymphatiques du cobaye, du lapin, du mouton, de la chèvre, des bovidés et des chevaux.

La substance amorphe est élaborée et métamorphosée par les cellules lymphatiques de ces différents animaux et ces cellules deviennent oxyphiles ou éosinophiles. Parallèlement aux métamorphoses des cellules sous l'influence de la TC, l'état d'immunité de l'organisme évolue.

Un fait fondamental est que la TC, substance non reproductible, possède cependant le pouvoir de donner naissance au tubercule. *Le tubercule ainsi créé ne se caséifie pas et ne se ramollit jamais*. Il correspond exactement à la "granulation tuberculeuse de Laënnec." Dans certaines conditions, la TC peut déterminer aussi l'"infiltration grise" et l'"infiltration gélatiniforme" de Laënnec.

Par des expériences sur différents mammifères, j'ai pu me convaincre que la TC, préexistant, comme je l'ai dit, dans les bacilles tuberculeux, peut être élaborée *in vitro*, de façon à en faire un remède qui pourrait être aussi appliqué sans danger à la thérapeutique humaine. La partie thérapeutique de mon livre, qui devrait paraître l'année prochaine, ne verra le jour que quand l'efficacité thérapeutique et l'innocuité de mon nouveau remède auront été dé-

montrées par des cliniciens autrement versés que moi dans la connaissance des variétés individuelles de la phtisie pulmonaire et de son pronostic.

D'autre part, il me paraît nécessaire que d'autres savants, travaillant dans d'autres laboratoires, contrôlent l'action thérapeutique de mon remède sur les animaux et constatent, le fait qu'on ne connaît pas encore, jusqu'à ce jour, un agent thérapeutique ayant une pareille valeur.

Combien de temps s'écoulera encore pour que la découverte et l'utilisation de mon nouveau remède contre la tuberculose reçoivent la consécration publique qui lui donnera la constatation de sa valeur pratique ? Je l'ignore. Bien des facteurs peuvent intervenir ici : ma joie au travail et mon activité, mon habileté de tacticien, et aussi la bonne fortune ; qu'elle me donne un compagnon de lutte de la valeur de Roux, ayant la même force conquérante et le même désintéressement à l'abri de tout soupçon ! et alors j'espère que le prochain congrès de la tuberculose prendra note des progrès considérables accomplis dans la lutte contre la phtisie humaine.

Une ovation formidable a naturellement salué les dernières paroles de M. von Behring, qui a fait sa communication en allemand, ainsi que la lecture de la traduction qui a suivi.

On voit, en somme, qu'il ne donne qu'un espoir, mais l'importance de tout ce qui émane d'une pareille autorité scientifique est telle que maintenant tous les espoirs sont permis.

Le prof. Baccelli, délégué italien, remercie le gouvernement français et le Comité du Congrès pour l'accueil exceptionnellement aimable qui a été fait à tous les congressistes étrangers dont il se fait l'interprète.

Les délégués américains transmettent officiellement au Comité le désir exprimé par le président Roosevelt, dans une dépêche. Ce désir est exaucé et le prochain Congrès international de la tuberculose aura lieu à Washington, en 1908.

ANDRÉ LAGUERRE.

Correspondant spécial.

ERREURS

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur une erreur typographique grave qui a été commise dans le travail du Dr Laurendeau, *Union Médicale*, 12 octobre, page 531, première ligne.

Il faut lire "hypodermique de 1-50 de grain de bromydrat de scopolamine" au lieu de 1-5 de grain.

MEMOIRES

POLYNEVRITE DIPHTERIQUE (1)

Par M. Olivier TOURIGNY,

Médecin-assistant à l'Institut hydro-electro-thérapique des Trois-Rivières.

Nous avons traité, il y a quelques mois, mon collègue, M. le docteur De Blois et moi, un malade très intéressant à cause des questions soulevées par son observation. La plus importante de ces questions était celle du diagnostic; nous pouvions avoir affaire à une maladie incurable devant amener la mort à brève échéance ou laisser le malade impotent pour le reste de ses jours, ou bien il s'agissait d'une maladie parfaitement curable qui en quelques semaines ou quelques mois aurait disparu sans laisser de traces.

OBSERVATION prise le 23 décembre 1904. — P. B., âgé de 38 ans, célibataire.

Le père est mort à 65 ans, d'un cancer de l'estomac, la mère à 70 ans.

4 frères et 2 sœurs vivants, l'un des frères est atteint d'aliénation mentale, (il s'est suicidé depuis) les autres sont en bonne santé. Un frère est mort dans l'enfance, une sœur à 28 ans de tuberculose pulmonaire survenue à la suite de couches dit-on.

Pas de maladies antérieures.

Etant dans les chantiers, à la fin d'octobre 1904, notre sujet est frappé d'un mal de gorge, il est une semaine sans travailler ayant une forte fièvre avec difficulté pour avaler, fausses membranes dans la gorge, coryza, ganglions sous maxillaires gonflés etc. A cette époque il ne vit pas de médecin. Parmi ses compagnons, plusieurs étaient atteints de la même manière que lui, deux hommes moururent de cette maladie.

Après une semaine, il fit une marche de neuf milles pour se rendre à la ville voisine, où il arriva complètement épuisé. Il consulta un médecin qui lui donna des toniques. Après une semaine de séjour dans cette ville il descendit dans sa paroisse natale, près de Québec, à son arrivée il était en parfaite santé apparente.

Quelques jours plus tard il s'aperçut que sa vue se troublait,

(1) Lu devant la Société médicale du District des Trois-Rivières.

il avait surtout de la difficulté pour voir de près. A la même époque il commença à avoir de la difficulté pour avaler, les vivres lui revenaient par le nez et il s'étouffait en mangeant. Il commença aussi à éprouver de la faiblesse dans les membres. Depuis la maladie a toujours été en augmentant.

A l'examen on trouve un homme qui marche très difficilement et en traînant les pieds, il garde difficilement son équilibre sur les yeux fermés. Il répond à nos questions d'une voix nasale et la langue est un peu embarrassée.

Les jambes sont très faibles, les bras le sont un peu moins, le tronc est normal.

La sensibilité objective est normale sous tous ses modes, il éprouve un engourdissement et des fourmillements dans les jambes et les pieds et il a souvent les pieds froids.

Les réflexes rotuliens, achilléens, crémastériens sont abolis. Le cutané abdominal et le plantaire sont normaux. Pas de Babinski.

Il n'y a pas d'incoordination proprement dite, seulement des mouvements sont un peu vagues ce qui est dû à la faiblesse.

Le sens stéréognostique est conservé, aucun trouble trophique. Le malade a de la difficulté pour uriner et il a de la constipation.

Les pupilles réagissent à la lumière, à l'accommodation et à la convergence, elles sont inégales, la gauche est plus dilatée que la droite. Le fond de l'œil est normal. La vue est faible, le malade ne peut lire.

Tous les muscles et les nerfs réagissent à l'excitation électrique, il y a cependant un peu de paresse pour répondre à l'incitation faradique.

La déglutition est très difficile, il ne peut avaler que des liquides lui reviennent par le nez ou lui donnent des quintes de toux. Il peut à peine prendre trois verres de lait dans sa journée. Si on examine la gorge on voit que la luette est grosse et tombe sur la base de la langue; le voile du palais est flasque et paralysé, il est insensible, le réflexe pharyngien est peu apparent. La langue est grosse et étalée.

Le malade tousse beaucoup la nuit et en général chaque fois qu'il se couche sur le dos.

On trouve quelques râles bronchiques aux poumons, tous les autres organes sont en bon état.

Il y a anaphrodisie complète. 25 janvier 1905. Le malade a beaucoup affaibli, il ne peut plus remuer un membre seul, il ne peut même se tourner dans son lit, il a eu de forts accès de dyspnée.

En résumé voici un malade dont presque tous les organes sont ou ont été atteints par la paralysie, cette paralysie a commencé par les organes qui sont sous la dépendance des noyaux bulbaires, les yeux, le voile du palais, la langue. Plus tard les jambes sont prises et ensuite les bras. A l'apogée de la maladie il ne pouvait exécuter un seul mouvement, impotence complète. La vessie et rectum étaient parésiés, il eut des crises de dyspnée sans doute par l'extense ou de la paralysie aux nerfs respiratoires. Le cœur a toujours été régulier et normal. La paralysie était flasque, elle n'était accompagnée ni de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques.

DIAGNOSTIC

De quelle maladie est atteint ce malade? Il est bien évident qu'il s'agit ici d'une maladie du système nerveux, tous les autres organes sont sains. De plus la maladie est organique, l'abolition des réflexes, la réaction de dégénérescence, légère il est vrai, mais qui existe nous le prouvent suffisamment. Enfin nous pouvons laisser de côté l'hypothèse d'une maladie cérébrale. Nous sommes donc en présence d'une affection de la moëlle ou des nerfs périphériques.

Si la moëlle est malade il ne peut s'agir ni d'une myélite transverse, ni d'une lésion des cordons latéraux, parce que dans ces cas il y aurait exagération des réflexes et les troubles de la sensibilité ne seraient pas les mêmes que chez notre malade. Nous pouvons donc être en présence d'une lésion des cellules des cornes antérieures, ou d'une lésion des cordons postérieurs, ou encore d'une lésion affectant en bloc toute la moëlle. Dans le premier cas il s'agirait de polyomyélite antérieure, dans le second on pourrait avoir affaire au tabès, en dernier lieu, il pourrait s'agir soit d'une leptoméningite, soit d'une paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry.

Nous allons passer en revue ces différentes affections.

La polyomyélite aiguë a un début brusque, avec fièvre, le ma-

lade devient paralysé en quelques heures ou quelques jours, la maladie rétrograde ensuite rapidement, certains muscles reviennent à l'état normal tandis que les autres restent paralysés. De plus, à la période d'état les troubles sensitifs font défaut, les sphincters sont inébranlés et surtout les nerfs crâniens ne sont jamais pris. Chez notre malade la paralysie s'est installée graduellement sans fièvre, il a eu des troubles sensitifs, les sphincters et certains nerfs crâniens ont été très touchés. On peut donc éliminer la polyomyélite.

Le tabes ne doit être mentionné qu'en passant comme cause possible de l'impuissance de notre individu. En effet il ne souffre pas seulement d'incoordination mais de paralysie, d'ailleurs chez lui le signe de Romberg est à peine apparent, il n'a pas le signe d'Argyll Robertson et enfin on ne voit jamais dans le tabes une paralysie du voile du palais. La marche de la maladie est aussi différente de celle du tabes.

La leptoméningite doit aussi être écartée, comme elle se localise surtout à la partie postérieure elle provoque de la rachialgie, des douleurs lancinantes, de l'anesthésie ou de la paresthésie toutes choses que l'on ne rencontre pas chez notre malade. La leptoméningite a aussi une marche ascendante différente de ce que l'on voit ici.

Il nous reste enfin à examiner la paralysie ascendante aiguë. Dans cette maladie la moëlle et les nerfs sont atteints et tous les symptômes correspondants assez bien à ceux que présentent notre malade; il n'y a que la marche de la maladie qui puisse nous faire rejeter le diagnostic de paralysie ascendante aiguë, comme son nom l'indique cette maladie suit une marche ascendante, elle a aussi une marche très rapide, en deux ou trois jours elle peut avoir fait son évolution. Puisque nous reconnaissons qu'il ne peut s'agir d'une maladie de la moëlle il faut donc que nous ayons affaire à une maladie des nerfs, à une polynévrite.

Voyons maintenant dans quelle catégorie nous devons ranger celle dont souffre notre malade. On sait que les polynévrites peuvent être classées sous quatre chefs différents quant à leurs causes: 1° Les névrites par action locale, froid, chaleur, compression etc; 2° Les névrites toxiques causées par l'alcool, le plomb, le mercure, l'arsenic etc, 3° les névrites dues à une maladie de la

nutrition, diabète, goutte, rhumatisme, etc, 4° les névrites infectieuses causées soit par un microbe, névrites de la lèpre et du héri-béri, soit par une toxine comme les névrites de la diphtérie, de la grippe, de la variole et de toutes les maladies infectieuses.

Dans le cas qui nous occupe nous pouvons mettre de côté les névrites des trois premières catégories; il n'y a pas eu d'action perturbatrice locale pouvant causer une névrite, le malade n'avait aucune habitude alcoolique et, étant bucheron il ne se trouvait exposé à l'action d'aucune substance toxique, enfin il ne souffre d'aucune maladie de la nutrition. Inutile de parler de la lèpre et du héri-béri qui ne peuvent être en cause.

Restent les névrites infectieuses causées par une toxine, mais le malade n'a eu aucune maladie infectieuse à part le mal de gorge dont nous avons parlé dans l'observation et qui pour lui avait passé presque inaperçu. D'après les caractères de ce mal de gorge, sa gravité, sa contagiosité, nous pouvons avoir la certitude que le malade a été atteint de diphtérie et que par conséquent il souffre d'une polynévrite diphtérique. Voyons maintenant si les symptômes de la polynévrite diphtérique sont bien les mêmes que ceux présentés par notre malade. Je me contenterai de vous donner un résumé de la description de cette affection par Grancher et Boulloche dans le traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

“La paralysie diphtérique est un accident tardif, elle se montre de une à trois semaines après la disparition des signes locaux; la paralysie atteint d'abord le voile du palais, puis les muscles oculaires et se généralise ensuite; les pupilles sont dilatées. La paralysie des membres peut être à peu près complète; le malade ressent dans les membres des engourdissements et des fourmillements; l'affection présente quelquefois les caractères du pseudo tabes. Il peut y avoir paralysie des muscles de la respiration, du rectum et de la vessie. Anaphrodisie absolue mais passagère; la paralysie est flasque et elle a tous les caractères des paralysies par polynévrites. La contractilité faradique est diminuée ou abolie; on note rarement la réaction de dégénérescence. L'atrophie musculaire extrêmement rare. La sensibilité est altérée. L'œil peut être atteint dans sa musculature extrinsèque et intrinsèque, on peut même trouver de la névro-rétinite.”

Si l'on se reporte à notre observation on verra qu'elle est presque

calquée sur cette description, nous sommes donc certains d'être en présence d'une polynévrite diphtérique.

On trouvera peut-être que j'ai insisté longuement sur la discussion du diagnostic, mais ce diagnostic étant fait la situation est tout à fait claire, le pronostic à faire sera chose facile et toute difficulté sera levée.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de la polynévrite est bénin, la lésion nerveuse a une tendance à la guérison; mais il peut survenir des accidents, les lésions peuvent s'étendre aux noyaux bulbaires cardiaques et amener une syncope mortelle, ou encore aux noyaux des nerfs de la respiration et faire mourir le malade par asphyxie. L'inanition causée par la difficulté de l'alimentation, la chute brusque d'un bol alimentaire dans les voies aériennes, une cachexie imputable à l'action des toxines peuvent aussi causer la mort. Mais si ces accidents peuvent être évités le malade recouvrera la santé assez rapidement, surtout si un traitement judicieux est appliqué.

Comme traitement nous avons employé surtout l'électricité, le massage et l'hydrothérapie. Contre la paralysie du voile du palais les courants de Morton furent utilisés, un électrode sur la nuque au niveau des vertèbres cervicales et l'autre en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure, entre celle-ci et le muscle sterno-cléido mastoïdien. Contre la paralysie des membres, encore les courants de Morton, un pôle sur la nuque et l'autre promené sur les différents muscles. L'électricité statique avec étincelle fut aussi employée en même temps contre la paralysie et pour soutenir l'état général. Le massage a rendu des services en soulevant les fourmillements et les engourdissements qui faisaient beaucoup souffrir le malade. En fait de médicaments nous avons donné la strychnine à doses assez fortes, quelques laxatifs etc.

Le malade revu, il y a quelque temps, a repris ses occupations et jouit d'une parfaite santé.

Vous me permettrez maintenant, pour compléter le sujet, de vous rappeler quelques considérations se rapportant à la polynévrite diphtérique.

Tout d'abord il serait intéressant de connaître la fréquence de la paralysie par rapport à la diphtérie, pour cela il faut s'adresser

à la statistique qui on le sait, varie beaucoup et ne donne souvent que des renseignements plus ou moins justes. Autrefois on admettait que la paralysie survenait dans 1-4 à 1-8 des cas, aujourd'hui chez 450 malades traités par le sérum, Raymond a noté 23 cas de paralysie, soit un sur vingt. Il faut donc croire que le sérum empêche le développement de la polynévrite, cependant lorsqu'elle est constituée il n'a aucun effet sur elle. Il ne faut pas s'étonner si les statistiques nous donnent un nombre aussi considérable de cas de diphtérie suivis de paralysie, il s'agit de malades d'hôpitaux, par conséquent mieux observés qu'ils ne le sont dans certaines familles où une légère paralysie du voile du palais pourrait passer inaperçue; la polynévrite diphtérique n'est pas toujours aussi grave que dans le cas que je vous ai rapporté, ce sont là des cas exceptionnels, elle se borne le plus souvent à une légère atteinte du voile du palais se traduisant par du nasonnement et une certaine gêne de la déglutition, les commères disent que l'enfant a la luette basse et on ne s'en occupe plus, ces cas passent inaperçus pour les médecins et la statistique.

Un point important dans l'histoire de la paralysie diphtérique c'est qu'elle peut aussi bien survenir à la suite d'une diphtérie très grave, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Sans doute, dans une diphtérie légère les toxines secrétées sont encore assez abondantes pour affecter le système nerveux et si l'organisme se présenter les conditions voulues la paralysie se déclare.

La pénétration de cette toxine peut avoir lieu par des endroits différents, la diphtérie peut être pharyngée ou laryngée, la lésion peut être au doigt ou ailleurs et la polynévrite se développera également.

Il me reste quelques mots à dire sur la pathogénie des paralysies diphtériques. Je vous ai dit, il y a quelques instants, que ces paralysies se développent deux ou trois semaines après le déclin de la diphtérie, cependant on peut aussi constater une paralysie précoce, débutant au cours de la maladie causale, mais celle-ci ne se généralise pas, elle se montre seulement au point où a évolué la lésion diphtérique proprement dite ou dans son voisinage. Ainsi dans l'angine diphtérique on aura une paralysie du voile du palais, dans le croup une paralysie laryngée, dans la diphtérie localisée au doigt on aura une paralysie du bras etc.

Voici comment Raymond explique le mécanisme de ses paralysie précoces. " La lésion primitive se constitue, les colonies microbiennes pullulent au niveau et au-dessous de la fausse membrane et les bacilles déversent leurs poisons, leurs toxines, qui passent dans la circulation lymphatique puis dans le milieu sanguin; mais cette pénétration se fait lentement, la toxine reste vraisemblablement assez longtemps au contact des éléments anatomiques de la région et notamment des fibrilles nerveuses terminales de la muqueuse, les nerfs sont ainsi frappés plus activement et plus rapidement quand ils sont au contact des bacilles diphtériques, quand ils baignent pour ainsi dire dans la toxine diluée par la sérosité lymphatique qui infiltre les parties malades."

Quant aux paralysies tardives elles semblent l'expression d'une imprégnation générale de l'organisme qui altère les nerfs, mais d'une façon lente et diffuse. Les centres médullaires sont aussi altérés, on trouve des lésions des cellules des cornes antérieures de la moëlle, mais ces lésions sont trop peu étendues pour amener la paralysie, car les nerfs moteurs ont leur origine dans des cellules disséminées sur une certaine hauteur de la moëlle et la paralysie ne se produit que lorsque les nerfs ont été modifiés dans leur structure par l'action des poisons circulant dans le sang. Cependant si certains groupes cellulaires du bulbe comme les noyaux du pneumogastrique sont lésés, il peut survenir de graves accidents cardio-respiratoires.

Vous avez, sans doute, remarqué que le malade dont je vous ai donné l'observation a éprouvé une très grande fatigue à la suite de sa diphtérie et avant d'être atteint de paralysie, cette fatigue a sans doute contribué au développement de la polynévrite en diminuant la résistance du nerf à l'action des toxines. En effet, sur trois observations de polynévrite diphtérique généralisée que j'ai trouvées on note deux fois dans les antécédents un surmenage excessif. Il doit y avoir là plus qu'une simple coïncidence et la chose mérite d'être notée.

LE TRACHOME ET L'EMIGRATION

NOS HÔPITAUX DE DETENTION. (1)

Par le Dr J. D. PAGE,

Surintendant medical et oculiste à l'Hôpital de l'émigration, à Québec.

Le Trachôme est une maladie qui bien qu'ancienne n'a guère attiré l'attention des praticiens de ce pays jusqu'à présent.

L'on peut même dire que peu de spécialistes ont eu l'occasion de se familiariser avec cette affection et son traitement. La rareté des cas parmi notre population native est une excuse pour le peu d'intérêt qu'on lui a porté. Mais il semble que le temps est venu où la profession ne peut plus rester indifférente sur ce sujet.

En effet, depuis que les émigrants qui affluent en nombre rapidement croissant de notre côté sont soumis à une inspection médicale sévère à leur arrivée dans nos ports, l'on a constaté qu'un certain nombre d'entre eux sont affectés de trachôme. De ce fait nous concluons qu'avant l'institution de l'inspection actuelle, beaucoup d'émigrants trachomateux se sont fixés au pays et sont désormais une source de danger pour ceux avec qui ils viennent en contact, à cause du caractère contagieux de cette maladie.

Un grand nombre se sont établis dans l'ouest sur des fermes, d'autres gagnent leur vie dans nos villes tandis que d'autres encore se sont constitués marchands ambulants, et ce ne sont pas les moins à redouter.

Bien que ce ne soit pas notre intention de discuter les diverses opinions qui peuvent avoir cours dans la profession quant à la nature essentielle du trachôme, il nous est demandé si souvent en quoi consiste cette affection, que nous donnerons ici quelques détails sur ses caractères cliniques ainsi que sur ses causes.

Le trachôme est caractérisé par la présence de granulations étant souvent confinées au cul-de-sac supérieur. Dans la majorité des cas l'affection se développe de la manière la plus insidieuse et sa marche est essentiellement chronique, ne présentant souvent et pendant longtemps aucun symptôme subjectif. Les complications les plus communes du trachôme sont la déformation des paupières par la formation de tissu cicatriciel, le pannus et les ulcérations de la cornée; la cécité étant dans bien des cas la conséquence ultime de ces complications.

(1) Communication lue devant la "Canada Medical Association," à Halifax, séance du 26 août 1907.

Quant à l'étiologie du trachôme, nous nous contenterons de citer ce qu'en écrivait Sweigger en 1885, étant donné que le germe spécifique, que plusieurs lui supposent, n'a pas encore été identifié :

“ Les causes du trachôme se trouvent dans le mauvais état sanitaire des habitations, ventilation défectueuse, encombrement des appartements, casernes et manufactures. Ces conditions peuvent non seulement produire le trachôme dans une conjonctive saine, mais encore donner un caractère trachomateux à toute conjonctivite chronique.”

C'est une maladie contagieuse qui se propage par le contact, et l'expérience fournit la preuve certaine que la transmission peut avoir lieu directement par le jaillissement de la sécrétion dans l'œil du chirurgien durant l'opération, ou de l'inspecteur à l'examen, ou indirectement par des doigts infectés, l'usage en commun d'articles de toilette, etc., etc. Une servante trachomateuse peut transmettre la maladie à toute une famille.

Lucannus ne croit pas à la prédisposition individuelle bien que Vannemann prétende le contraire, et son opinion paraît appuyée sur des statistiques d'une observation sérieuse. Quand la prédisposition est faible on n'a que de cas abortifs, comme on les appelle, mais si la prédisposition est forte le trachôme est des plus prononcé.

Durant ces dernières années plusieurs membres distingués de notre profession ont écrit sur le trachôme, entre autres le Dr Byers et le Dr Boulet, de Montréal, et Prowse, de Winnipeg. Le premier a déjà lu un travail devant cette Association et le second devant la Société Médicale de Montréal. Leurs travaux n'ont pas manqué d'attirer l'attention des autorités sur l'importance et la nécessité de modifier nos lois concernant l'émigration, en vue de faire classer le trachôme parmi les maladies contagieuses, et par conséquent frappant d'exclusion ceux qui en sont affectés.

En 1897 le Congrès de Washington passait une loi dans ce sens, et depuis 1899 tous les émigrants arrivant aux ports américains sont examinés par les médecins du service de la marine. Si l'on constate qu'ils sont affectés de trachôme ils sont renvoyés dans leurs pays aux frais des compagnies qui les ont amenés en Amérique. Les cas douteux sont envoyés à l'hôpital et gardés sous observation jusqu'à ce qu'on ait décidé de leur nature.

En 1901 les autorités américaines constatèrent qu'un certain nombre d'émigrants entraient aux États-Unis en passant par le Canada. Alors on institua une surveillance active pratiquement sur toute la frontière. Ceci explique, d'après le docteur Byers, l'accroissement énorme des cas de trachôme dans notre pays l'année suivante.

Le résultat pratique de tout ceci fut que les autorités canadiennes se rendirent aux suggestions déjà faites par certains membres de la profession. Et en 1902 la Chambre des Communes passait un acte en amendement à l'acte de l'émigration ayant pour effet de frapper d'exclusion tous les émigrants affectés de trachôme etc.

Le Dr. Byers qui a fourni des renseignements au docteur Treacher Collins, auteur d'une introduction à un ouvrage sur le trachôme, et que nous aurons l'occasion de citer tout à l'heure, écrivait un peu plus tard: " L'Inspection canadienne qui était " d'abord plus ou moins soignée est devenue, me dit-on, de plus " en plus sévère. Jusqu'à présent, continue le Dr. Byers, un " certain nombre de trachomateux ont été renvoyés dans leur " pays, mais dans un grand nombre de cas les patients ont été " admis dans les hôpitaux canadiens et on leur a permis de con- " tinuer leur chemin après une guérison plus ou moins complète " de leur maladie.

Ce n'est qu'au printemps de 1904 que le gouvernement prit le contrôle direct de la détention des émigrants, et compléta l'organisation de leur examen et de leur traitement, en organisant des hôpitaux sous la direction effective du Dr. P. H. Bryce, médecin en chef du Département de l'Intérieur.

C'est dans ces hôpitaux, dits de détention, que sont envoyés les cas suspects ou avérés de trachôme pour plus d'observation et y être jugés définitivement.

Nous ne devons pas manquer d'ajouter ici, que les émigrants qui sont considérés non désirables par les inspecteurs pour toutes autres causes que le trachôme, sont aussi envoyés aux hôpitaux de détention en attendant le moment où on les déporte.

Les cas douteux y sont gardés sans observation jusqu'à ce qu'un diagnostic positif puisse être porté.

S'ils sont trouvés souffrant de trachôme, mais guérissables

dans un temps raisonnable, la loi permet de les garder sous traitement jusqu'à guérison, alors qu'ils sont remis en liberté. Tandis que les incurables ou ceux dont la guérison est douteuse sont déportés sans merci.

Durant la saison de 1904 au-delà de 800 émigrants furent envoyés à l'hôpital de détention à Québec. Environ 300 furent déportés. En comprenant un certain nombre dont la condition a été jugée telle par les inspecteurs du port, qu'il ne leur a même pas été permis de débarquer, l'on arrive à une moyenne de déportation de 150 par mille émigrants qui sont arrivés à Québec l'année dernière.

Trente neuf nationalités étaient représentées parmi les détenus, les Juifs-Russes et les Syriens formant plus de la moitié.

Depuis le commencement de la présente saison, le nombre des détenus s'élève à 1,000, mais il faut d'abord tenir compte du fait que le chiffre de l'émigration a été plus élevé que l'an passé, et qu'ensuite, grâce à une infection accidentelle qui s'est produite sur un vaisseau qui mit 19 jours à faire la traversée, 330 passagers furent détenus à la fois. Mais le plus grand nombre fut relâché après deux ou trois semaines.

Comme les cas douteux mêmes sont détenus pour observation jusqu'à ce que l'on puisse arrêter un diagnostic, l'on commence à comprendre que dans l'intérêt de tous, il vaut mieux garder ceux-là de l'autre côté de l'océan tant que leur condition n'est pas déterminée, et à plus forte raison si ce sont de mauvais cas de trachome. C'est le moyen le plus sûr d'éviter les conflits d'opinions et souvent d'épargner des frais de déportation aux compagnies.

La conséquence de cette attitude a été que tout dernièrement plusieurs vaisseaux portant un grand nombre de passagers n'ont pas laissé un seul patient à l'hôpital. Il devient évident que la loi telle qu'interprétée et appliquée produit les résultats attendus.

Nous avons dernièrement visité certains dispensaires de Montréal et de Québec afin de nous assurer des médecins en charge s'ils ont pu constater dans leur pratique le résultat de l'inspection telle qu'elle se pratique depuis une couple d'années.

D'après le Dr St-Denis, à l'hôpital Notre-Dame, jusqu'à un an passé, on avait coutume de voir une moyenne d'à peu près une vingtaine de nouveaux patients trachomateux par semaine, tandis qu'à présent les cas nouveaux sont excessivement rares.

Nous avons reçu à peu près la même réponse du Dr LaSalle à l'Hôtel-Dieu. A l'Hôpital Général le Dr Sterling n'a qu'un ancien cas à nous montrer. Il s'est plu à reconnaître que la mise en force de la nouvelle loi paraissait avoir mis fin à l'importation d'émigrants affectés de trachôme, et il ajoutait que jusqu'à ces dernières années, c'était rien moins que scandaleux de voir le grand nombre de ces individus que les compagnies de transport déversaient dans le pays.

L'expérience du Dr Boulet, de l'Institut Ophthalmique, corrobore en tous points ce que dit le Dr Sterling.

Nous sommes informés qu'à l'Hôpital Royal Victoria, sur 557 cas de maladies d'yeux traités depuis le 1er janvier, l'on compte sept nouveaux cas de trachôme, mais ne savons pas depuis combien de temps ces patients étaient au pays.

A Québec, au Jeffrey Hale, où s'est vu, croyons-nous, le plus grand nombre de cas les années dernières, c'est à peine nous dit-on si l'on en a traité une demi-douzaine depuis plus d'un an. A l'Hôtel-Dieu, les registres ne font mention qu'un dix cas depuis quatorze ans.

D'un autre côté, le Dr Prowse, de Winnipeg, nous écrit que les hôpitaux de St-Boniface et de Winnipeg semblent recevoir encore plus que leur part de patients trachomateux. Nous ne supposons pas que ces derniers sont d'importation très récente, mais plutôt le résultat du manque d'inspection suffisante des années passées.

A la question qui nous est souvent posée: " Quel traitement faites-vous subir à ces malades? " Nous répondons qu'il n'y a pas de méthode universelle en dehors d'une hygiène et d'une antiseptie aussi rigoureuse que possible, et il ne peut en être autrement. Le chirurgien doit être absolument guidé dans le choix de son traitement par la constatation des particularités de chaque cas et de sa phase d'évolution. Une observation attentive, personnelle, est toute aussi essentielle que la connaissance théorique des meilleurs traités de médecine pour triompher de cette maladie.

A leur arrivée à l'hôpital, les patients sont soumis à un bain général et à une désinfection parfaite de leur personne et de leurs vêtements, de même que leur literie est passée au stérilisateur aussi souvent que la chose est nécessaire.

Une infirmière graduée est spécialement chargée de soigner les

yeux des malades avec des lotions antiseptiques douces, dans les intervalles du traitement actif par la main du chirurgien. Elle veille en même temps, avec la plus grande attention, à la propreté individuelle.

Lorsque toutes ces précautions sont observées on est en lieu d'attendre, et nous obtenons de fait, croyons-nous, de meilleurs résultats que dans la pratique courante des dispensaires et même privée, où la partie hygiénique est certaine d'être plus ou moins négligée à la maison.

En outre des traitements médicaux ordinaires, nous employons les méthodes mécaniques et opératoires aussi souvent qu'elles peuvent s'adapter aux cas, mais généralement en combinaison avec les drogues.

D'après l'expérience déjà acquise nous croyons que Jacobson a raison lorsqu'il dit que: "certains cas de trachôme sérieux peuvent maintenant être guéris, grâce à certains procédés nouveaux, en moins de semaines qu'il fallait autrefois d'années par les anciennes méthodes — applications plus ou moins interrompues de lotions — pour laisser souvent les malades aveugles ou impropres à exercer leur métier.

Toutefois, malgré notre confiance que les malades en sortant de l'hôpital sont débarrassés d'une affection menaçante pour eux-mêmes et les autres, nous ne devons pas perdre de vue que le trachôme a la réputation d'être une maladie sujette à récurrence, et le temps devra nous dire s'il est sage de traiter un aussi grand nombre de ces cas. Et c'est pour cela que nous invitons la profession à rapporter à l'hôpital où ils auraient été traités, les cas de rechute qui seraient découverts dans la suite. Les résultats de nos efforts en vue d'obtenir une guérison, quels qu'ils soient, devront nous servir de guide à l'avenir pour maintenir ou modifier notre système actuel.

Il a été dit dans certains quartiers que les États-Unis avaient été induits à passer leurs lois prohibitives contre le trachôme pour des fins politiques, en vue de satisfaire les unions ouvrières qui cherchaient, par là, à atténuer la concurrence du travail en prenant ce moyen pour diminuer l'importation de la main d'œuvre. On a répété que la loi canadienne sur le même sujet n'était pas justifiée par les faits. On a même écrit que présentement, le zèle des

médecins inspecteurs leur faisait prendre pour du trachôme les cas de conjonctivites les plus simples. Et l'on a prétendu enfin que les cas de trachome absolument typiques et graves devraient être seuls justifiables d'exclusion.

L'ignorance de la question elle-même et des mesures de protection qu'une regrettable expérience a enseigné à d'autres pays d'adopter, peut seule excuser de pareils avancés.

Quant à la nature de la maladie, nous savons déjà qu'en outre de sa marche insidieuse, il est souvent difficile de la distinguer à son début de certaines formes de conjonctivites bénignes. Conséquemment, s'il fallait admettre les cas qui peuvent être considérés légers ou douteux, nous n'hésitons pas à croire qu'avant bien des années, au taux d'accroissement avec lequel se fait actuellement l'émigration vers le Canada, certaines parties du pays seraient aussi affligées par le fléau que le sont certaines régions du vieux monde.

Quelques citations d'un ouvrage récent et remarquable sur le trachôme, par un allemand, chirurgien d'armée, traduit en anglais par les docteurs Parsons et Snowball, suffiront à démontrer l'opportunité de toute législation prohibitive contre cette maladie.

Dans la préface par les traducteurs, nous lisons que le livre du Dr Boldt résume les résultats de nombreuses années d'expériences aux foyers mêmes de la maladie, et qu'il contient la liste de statistiques la plus complète qui ait encore été publiée.

On nous apprend d'abord, que le trachôme en Angleterre est une maladie étrangère importée par les étrangers, propagée parmi les étrangers, et transmise à la population native par les étrangers.

Le Dr Treacher Collins, auteur d'une introduction à l'édition anglaise du livre du Dr Doldt, dit que de toutes les observations contradictoires et déconcertantes qui ont été faites à propos du trachôme, *son caractère contagieux* reste clair et indiscutable.

"Après l'évacuation de l'Égypte en 1803, l'armée anglaise se dispersa et répandit la contagion partout."

"A Londres, le trachôme a été engendré en grande partie dans les écoles pauvres, ce qui fut l'origine de la fondation de plusieurs "Isolation School Hospitals." Celui d'Hamvell est un modèle du genre, paraît-il. Il fut érigé en 1889 au coût de £30,000, et

les résultats qu'il a produits ont pleinement répondu à l'attente de ses promoteurs.

D'après un rapport de Sydney Stephenson en 1895, le nombre des trachomateux dans la Grande-Bretagne était d'une moyenne de 6 p. c. en Écosse, 9 p. c. en Angleterre et de 26.4 en Irlande, de tous les cas de maladies d'yeux.

L'état de chose en Irlande, sous ce rapport, semblait justifier la suggestion de l'écrivain lorsqu'il dit: " Si l'on veut faire disparaître radicalement le trachôme de la Grande-Bretagne, les mesures les plus énergiques doivent d'abord être prises pour le combattre dans l'Isle-sœur.

Après avoir parlé des moyens par lesquels on lutte contre le trachôme dans les écoles et dans l'armée, le Dr Collins continue: " Il devient maintenant nécessaire de s'occuper d'une cause de danger qui tend à augmenter, à savoir: L'importation des aubains dans ce pays, des districts où le trachôme est à l'état endémique, etc."

En vue de la réalisation de cette idée, un mouvement est maintenant sur pied pour induire le parlement anglais à passer un acte d'émigration pratiquement identique au nôtre.

Avec un sentiment de philanthropie dont les exemples ne sont pas rares chez le peuple anglais, Sir Ernest Cassell a mis à la disposition du gouvernement Égyptien la somme de £40,000, (Lancet, 30 juin, 1904) pour être dépensée en faveur de ceux qui sont affectés de maladies d'yeux dans ce pays, et dans le but aussi spécial de donner l'entraînement nécessaire à des médecins locaux, en vue du diagnostic et du traitement du mal particulier dont souffrent les habitants de l'Égypte.

En Australie, le trachôme est surtout introduit par les émigrants, et dans la partie sud, la maladie au lieu de se répandre dans les endroits où la population est dense et les habitations malsaines, se rencontre dans les familles de cultivateurs à l'aise, chez des personnes robustes et bien nourries, dispersées dans les campagnes et habitant de maisons spacieuses et bien ventilées.

En Hongrie, en 1886, on organisa des services spéciaux ayant pour objet la recherche de tous les cas de trachôme, et d'assurer à ces derniers le traitement qui leur convient, et aussi, d'empêcher l'infection de se répandre davantage. Dans ce but trois nouveaux hôpitaux furent érigés en outre de ceux qui existaient déjà.

Dans l'empire russe, un certain nombre de corps médicaux, appelés "Colonnes Ophthalmiques volantes," furent créés à l'ins-tigation de l'Association pour la prévention de la cécité.

En Russie, le trachôme fait des victimes parmi toutes les classes de la population et l'on peut dire qu'il n'y a pas un district qui en soit complètement exempt.

Feur, qui fut officiellement chargé par les autorités, en 1884, d'inspecter les trois districts du sud de Torontal, trouva 5 p. c. de la population totale affectée de trachôme, et il affirme qu'une fois que la contagion a été semée chez le paysan, il est à peu près impossible d'en enrayer le progrès.

En Prusse, en 1896, la lutte contre le trachôme fut vigou-reusement entreprise par l'État, et un acte spécial du Parlement fut passé à cet effet.

Durant les dernières dix années, toujours d'après le Dr Boldt, le trachôme a voyagé des provinces infectées de l'est de l'Alle-magne et la frontière adjacente, dans une zone bien distincte vers l'ouest, en suivant les lignes de commerce. Il a été transporté presque exclusivement par la migration des hommes de métier, des journaliers de ferme, etc.

Laurentjew, l'oculiste militaire de Moscou, apprend au congrès tenu en cette ville, en 1897, que la Russie centrale qui était d'abord indemne de trachôme, en devint sérieusement prise dans la suite, grâce à l'enrôlement de recrues trachomateuses venant des districts infectés de l'Ouest.

Tous les auteurs Russes insistent depuis nombre d'années pour que toutes personnes affectées de trachôme soient rigoureusement rejetées du service militaire.

D'après les remarques et citations qui précèdent, et que nous croyons impartiales, nous laissons chacun tirer ses propres con-clusions. Nous présumons, cependant, que nous sommes à peu près tous d'accord quant à l'opportunité et à la sagesse de la loi qui décrète que les émigrants affectés de trachôme ne doivent pas être admis en franchise au pays.

Mais nous sommes forcés d'admettre, d'un autre côté, qu'il n'est pas aussi facile d'arriver à la même unanimité lorsqu'il s'agit de décider des cas individuellement. Cette question cause plus d'anxiété aux inspecteurs médicaux que toutes les autres

maladies réunies, parce que, de leur décision dépend le succès ou la ruine des ambitions les plus légitimes.

Pour le moment, cependant, je n'ai que peu de choses à dire à ce sujet.

Aussi longtemps qu'un virus spécifique n'aura pas été découvert il faudra s'en rapporter à une opinion médicale personnelle et honnête, mais non moins ferme, lorsqu'il s'agit de l'application d'une loi qui intéresse la nation.

Que les prétendus émigrants nous viennent de la mère-patrie, des premiers possesseurs de ce pays, ou du grand Empire dont nous dépendons aujourd'hui et auquel tous les Canadiens sont redevables des privilèges les plus étendus comme de la jouissance de droits égaux, les nouveaux venus doivent être jugés *individuellement* par les inspecteurs médicaux, tout comme s'ils venaient de n'importe quel autre pays, uniquement en vue du gain qu'ils peuvent être pour nous, en autant qu'ils sont aptes, par leurs qualités physiques et autres, à contribuer au développement et à la prospérité future de notre grand Dominion.

SAL HEPATICA vs. EAUX MINÉRALES NATURELLES.

La supériorité de Sal Hepatica sur les eaux minérales naturelles recommandées dans la diathèse urique et contre les différentes variétés de constipation, est clairement démontrée par les faits suivants: — Une combinaison des phosphates de lithine et de soude avec quelques sels des eaux amères comme cela existe dans Sal Hepatica, est infiniment plus active que le phosphate de lithine seul ou le phosphate de soude, ou même, que toute eau minérale naturelle ou toute autre combinaison qui pourrait être faite. Reconnaissant ce fait, les praticiens les plus éminents, dans ces derniers temps, se sont pris à prescrire Sal Hepatica, de préférence aux eaux naturelles, avec le résultat que l'action médicatrice est rehaussée, les effets désagréables réduits au minimum, et de plus que le goût n'en est que moins désagréable.

Sal Hepatica réduit très rapidement la formation de l'acide urique dans la circulation, et son excretion par les reins. Il est très facilement absorbé dans le sang et aussi rapidement (avec les composés chimiques formés) éliminé par les organes excréteurs, comme du reste le démontre sa présence, après très peu de temps, dans la sueur et dans l'urine, cette dernière fournissant une quantité double ou triple et de réaction franchement alcaline.

REVUE GENERALE

TRAITEMENT LOCAL DES URETHRITES CHRONIQUES

S'il est une affection tenace et souvent rebelle à une thérapeutique même bien conduite, c'est assurément l'urétrite chronique. Bénigne par elle-même, elle est cependant la source, de par sa continuité, de désordres psychiques, lesquels, chez les prédisposés, peuvent mener à la neurasthénie, l'hypochondrie, voire même au suicide.

Les tares de l'état général entrent, en effet, pour une large part dans la résistance de l'affection aux divers agents thérapeutiques : l'on a le plus souvent affaire, en pareil cas, à des tempéraments arthritiques ou nerveux, chez lesquels on tourne, pour ainsi dire, dans un cercle vicieux, la diathèse ou la névrose recevant un véritable coup de fouet de l'urétrite, qu'elle empêche elle-même de guérir.

Néanmoins, il faut le dire, ce sont surtout des causes locales qui entretiennent le plus souvent l'urétrite, et qu'il faut savoir reconnaître en temps voulu, pour diriger, contre chacune d'elles, un traitement approprié : c'est à ce seul point de vue que nous proposons d'envisager la question.

Cette branche de thérapeutique spéciale a d'ailleurs fait de grands progrès, depuis que l'on s'est attaché davantage à lutter de façon rationnelle et méthodique contre toutes ces causes locales, — depuis aussi que l'uréthroscope est devenue, en France et en Allemagne, d'un usage plus courant.

Nous avons nous-même observé, depuis notre entrée au Service Civile de l'hôpital Lariboisière, un très grand nombre de cas d'urétrites chroniques; nous avons fait une soixantaine d'examen uréthroscopiques, et, de toutes les données ainsi fournies, nous avons tiré de multiples indications pour le traitement méthodique des urétrites chroniques, tel que nous l'appliquons à la consultation spéciale de l'hôpital Lariboisière.

Lorsqu'un malade vient consulter pour un écoulement matinal datant d'un temps variable, la première chose à faire est de recueillir cet écoulement, de façon aseptique bien entendu, et de l'examiner au microscope; cet examen, en effet, doit être la base du traitement, en indiquant ce qu'il faut faire et surtout ne pas

faire. — Il permet de ramener toutes des uréthrites chroniques à trois types bien distincts :

1° Les *uréthrites chroniques gonococciques vraies*, où se rencontrent encore, par places, des amas de gonocoques typiques.

2° Les *uréthrites chroniques banales*, caractérisées bactériologiquement par la présence de nombreux microbes banaux, cocci, bacilles, etc. . .

3° Les *uréthrites chroniques stériles* ou plutôt *amicrobiennes*, où l'on ne voit plus que des leucocytes et des cellules, seuls ou associés, sans traces de microbes.

Ces trois formes d'uréthrites, qui représentent les trois stades successifs d'évolution de l'affection, lorsque le traitement a été prudemment et sagement conduit, sont justiciables chacune d'une méthode thérapeutique différente, sur laquelle nous allons maintenant un peu insister.

A. Les *uréthrites chroniques gonococciques vraies*, dont nous avons eu personnellement très peu d'exemples, ont toujours cédé à de grands lavages uréthro-vésicaux de permanganate de potasse suivant la méthode de JANET. Nous insistons spécialement sur la faiblesse des doses employées par nous 1/5000 ou 1/6000, qui nous ont paru donner les meilleurs résultats. En effet, au bout de 10 à 15 lavages, nous avons toujours vu disparaître les gonocoques, et, en conséquence, nous n'avons pas eu à expérimenter les petits moyens dirigés par JANET (1) contre les lacunites gonococciques rebelles.

B. Les *uréthrites chroniques banales* et les *uréthrites chroniques amicrobiennes* sont réunies par nous à dessein, car leur traitement est le même, à part quelques différences dans les solutions employées pour les lavages.

L'examen attentif des urines dans 4 verres a ici une grosse importance, car c'est de lui que va dépendre l'orientation immédiate de la pratique.

Si les urines ne sont pas absolument claires, toute question de phosphaturie rapidement mise à part par l'adjonction de quelques gouttes d'acide acétique, il ne faut pas explorer le canal, par crainte d'une infection possible de la vessie dans le cathétérisme.

(1) J. JANET, *Traitement des lacunites et folliculites uréthrales*. (Septième session de l'Assoc. Fran. d'Urologie. Paris, 1903, p. 419).

Ce qu'il faut ordonner, ce sont de grands lavages uréthro-vésicaux, toujours avec l'appareil de JANET, quotidiennement, à 37° environ, jusqu'à ce que les urines, aussi bien dans le premier verre que dans les suivants soient devenues limpides, ce qui a lieu généralement entre 5 et 10 lavages.

Les substances qui nous ont donné à l'usage le plus de satisfaction sont :

1° Pour les *uréthrites chroniques banales*, les sels à base de mercure; soit l'*oxycyanure de mercure* en solution à 1/4000, qui a une action remarquable, tout en étant absolument indolore; soit le *sublimé*, en solution à 1/20.000 ou 1/30.000, lequel, plus irritant, peut cependant réussir là où le précédent a échoué; c'est une pure affaire de susceptibilité individuelle, et de tâtonnements de la part du médecin.

2° Pour les *urétrites chroniques stériles*: soit le *nitrate d'argent* en solution à 1/4000, bien toléré en général; soit l'*acide salicylique*, en solution à 1/2000, avec les mêmes remarques que précédemment.

Les urines, une fois devenues limpides dans tous les verres, permettent de déceler plus facilement la présence des *filaments* qui, autant et plus peut-être que la goutte, caractérisent l'urétrite chronique.

De ces filaments, les seuls à considérer sont les *filaments lourds*, tantôt *en croissant* et alors indices de lésions urétrales glandulaires, tantôt en *petits amas* qui tombent au fond du verre et s'éparpillent en "vol d'alouettes" dès que l'on agite les urines. Ces derniers, très importants, sont presque toujours d'indice, soit d'un *rétrécissement*, lorsqu'ils sont situés dans la première portion de l'urine, soit d'une *prostatite subaiguë ou chronique*, lorsqu'ils se trouvent dans la dernière; ce sont ces lésions que l'on est dès lors en droit de chercher et de contrôler.

De fait, il n'est pas de cas où nous n'ayons trouvé des bosselures ou des rugosités périnéales, nettement appréciables à l'explorateur n° 18 ou 20; la théorie des *rétrécissements larges* "imaginée" dit POUSSON, par OTIS, n'est donc pas une vue de l'esprit; nous en sommes partisan très convaincu, et nous ne cessons de la faire constater à tous ceux qui nous font l'honneur de suivre notre consultation.

Un peu moins fréquemment, le toucher rectal nous a fait sentir une prostate un peu volumineuse, bosselée, légèrement douloureuse à la pression, tantôt très ferme, tantôt au contraire mollesse et pâteuse. Le massage un peu énergique de l'organe a presque toujours ramené une quantité plus ou moins considérable de liquide, opalin, assez épais, où le microscope révélait la présence de leucocytes en nombre variable.

Nous avons lutté contre les rétrécissements, par la dilatation aux bougies, puis aux *béniqués sans conducteurs* (1) jusqu'au n° 60, après méatotomie lorsqu'il était nécessaire — en mettant le canal au repos pendant quelques jours, dans les cas rares où le passage des instruments amenait quelque complication uréthrorrhagie légère par état congestif intense de l'urèthre — ou réaction inflammatoire de la vessie ou de l'épididyme.

Contre la prostatite nous avons toujours employé avec succès le massage de l'organe, pratiqué énergiquement, et combiné aux lavements très chauds pris matin et soir, et faisant office d'un véritable pansement humide autour de la glande.

En résumé, dans la majorité des cas, nos uréthrites chroniques ont été traitées de la façon suivante: Après avoir fait uriner le malade, grand lavage avec des solutions indiquées plus haut, jusqu'à ce que le besoin d'uriner commence à se faire sentir, puis dilatation avec massage de l'urèthre sur l'instrument, puis massage vigoureux de la prostate, enfin, rejet du liquide de lavage, ramenant l'urèthre d'arrière en avant et le débarrassant de tous les produits pathologiques expulsés par les manœuvres précédentes.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement qui, institué dès l'abord chez la plupart de nos malades, nous a donné parfois d'excellents résultats. Malheureusement, il n'en a pas toujours été ainsi, et nous avons dû chercher plus loin la cause de ces uréthrites rebelles chez des malades qui s'abstiennent cependant de tout sujet d'irritation pour leur canal: vin, alcool ou femmes...

C'est en pareil cas que nous avons eu recours à l'uréthroscopie, et celle-ci nous a permis de constater que, dans la grande majorité des cas, les lésions de l'uréthrite chronique, variables suivant la région uréthrale examinée, peuvent être ramenées à trois types bien distincts.

(1) Voir notre article: *De la dilatation mécanique dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre* (*Tribune médicale*, 6 août 1904).

1° *L'infiltration molle*, qui se rencontre surtout vers la région péri-sphinctérienne, est caractérisée par la congestion de la muqueuse qui, rouge et boursoufflée, vient faire hernie dans la lumière du tube uréthroscopique, sous forme de gros bourrelets œdémateux limitant la lumière du canal.

Ces lésions, et j'insiste sur ce point, *ne sont pas partout continues*, et affectent des zones d'étendue variable, entre lesquelles existent des portions de muqueuse relativement saines.

2° *L'infiltration dure*, à siège variable, mais de préférence périnéal antérieur et pénien, n'est autre que le tissu de rétrécissement, reconnaissable à la teinte nacrée, à l'aspect lisse de la muqueuse, qui a perdu sa striation normale, à la rigidité des parois uréthrales qui, ne pouvant plus revenir sur elles-mêmes, forment une sorte d'entonnoir au fond duquel la lumière du canal apparaît considérablement élargie.

3° Les *lésions glandulaires* ont la même distribution; elles siègent de préférence sur la *paroi supérieure de l'urèthre*, où débouchent les canaux excréteurs de la plupart des glandes de Littre.

Pour les voir, c'est donc cette paroi supérieure qu'il faut surtout déplisser, en abaissant légèrement l'extrémité du tube uréthroscopique que l'on a entre les doigts.

Ce faisant, on aperçoit de place en place, tantôt piquetant une muqueuse normale et rosée, tantôt tranchant sur la coloration nacrée d'un tissu de rétrécissement une série de petits orifices brunâtres, parfois entrouverts et laissant suinter une gouttelette de pus, et entourés d'une zone congestive d'un rouge lie-de-vin caractéristique. Ces orifices, quelquefois suffisamment dilatés pour admettre l'extrémité d'un long stylet, tel celui de KOLLMANN, sont ceux des glandes de LITTRE enflammées, et constituent une des lésions les plus fréquentes et les plus intéressantes au cours des uréthrites chroniques.

Tels sont les trois ordres de lésions que nous avons toujours rencontrées, seules ou associées, au cours de nos uréthroscopies; nous n'avons jamais vu des lésions, sans doute infiniment rares, telles que polypes, végétations et productions papillomateuses décrites par LUYs (1): quant aux lacunites et folliculites uréthrales,

(1) G. LUYs, Diagnostic et traitement urethroscopique des uréthrites chroniques (*Presse Médicale*, avril 1903).

elles sont aussi moins fréquentes, mais peuvent cependant se rencontrer dans certains cas.

D'ailleurs, il faut bien le dire, l'uréthroscopie, si elle peut être d'une réelle utilité pour le diagnostic de toutes ces lésions, rend moins de services pour leur traitement. Sauf les cas où l'ablation de quelque polype en a été singulièrement facilitée, il n'y a guère, dans la pratique courante, que les lésions des glandes de LITTRÉ qui puissent en bénéficier réellement. Il est en effet facile, et nous l'avons fait souvent, de les cautériser sous le contrôle de la vue, soit à l'aide d'une pointe fine de galvanocautère, soit à l'aide du stylet électrolyseur de KOLLMANN.

Pour l'infiltration molle, l'uréthroscopie, en montrant les points spécialement atteints, permet aussi de les traiter directement, soit à l'aide d'un fin crayon de nitrate d'argent monté sur une longue tige, ainsi que LUYB le préconise, soit par l'attouchement à l'aide d'un petit tampon d'ouate imbibé de solution forte du même sel, comme nous le faisons nous-même.

Par contre, le traitement le plus simple et le plus usuel, pour ceux qui ne possèdent pas suffisamment la technique uréthroscopique, consiste dans les instillations de nitrate d'argent en solution aqueuse faites à l'aide de la seringue de GUYON. Lorsque nous employons ce procédé, nous faisons généralement une série de neuf instillations dans l'urète postérieure à raison d'une tous les jours : les trois premières sont au titre de 1 p. c., les trois suivantes à 2 p. c., et pour les trois dernières, suivant la réaction du canal, tantôt nous redescendons à 1 p. c., tantôt, au contraire, nous augmentons le titre jusque 3 p. c. Il n'est pas rare de voir en pareil cas l'écoulement devenir un peu plus abondant, par irritation médicamenteuse de la muqueuse uréthrale ; c'est pourquoi nous avons pris l'habitude de mettre toujours nos malades au repos, après ce traitement, pendant quinze jours ou trois semaines, et c'est souvent pendant cette période de repos qu'ils en éprouvent un réel bénéfice. Si malgré tout l'écoulement, un instant tari, reparaît, une seconde, voire une troisième série d'instillations finit parfois par en avoir raison :

Dans le même ordre d'idées, nous avons essayé, en certains cas, de remplacer les instillations de nitrate d'argent en solution aqueuse, par des suspensions de ce sel dans un corps gras, favo-

risant l'absorption du médicament actif et l'empêchant de fuir trop rapidement la place où on l'a déposé, ainsi que cela doit facilement se produire avec les solutions argentiques généralement employées.

Nous nous sommes servis, soit de glycérine, soit d'un mélange à parties égales de Janoline et d'huile de vaseline, formant un liquide sirupeux que nous avons employé en pansements intra-uréthraux, à l'imitation de DEGUY (1), qui préconise le protargol à 2 p. c. tandis que nous préférons le nitrate d'argent en suspension à p. c.

La technique est semblable à celle de toute instillation, à part ce fait que l'on injecte la totalité d'une seringue de GUYON, en poussant le piston à mesure que l'on retire l'instillateur, de façon à remplir la totalité de l'urèthre. Le méat étant fermé par un artifice quelconque tampon d'ouate sous-préputial, condom, etc. .), le malade garde le pansement le plus longtemps possible; celui-ci n'est pas très irritant, puisque nous avons vu des malades le supporter pendant 7 ou 8 heures.

Un petit point est cependant à signaler; la consistance du liquide étant très épaisse, celui-ci est par conséquent très difficile à pousser; il y a donc avantage à se servir d'une seringue spéciale, avec crochets ou anneaux latéraux destinés à caler les doigts; le constructeur GENTILE nous en a établi un modèle très pratique.

Cette seringue pourra de même être utilisée dans les cas où l'on emploiera en instillations le sulfate de cuivre glycérimée à 2 p. c., qui est parfois difficilement supporté, mais qui donne lui aussi de bons résultats.

Ces pansements intra-uréthraux nous ont, dans certains cas, donné des succès définitifs; deux malades, qui, depuis trois ans, avaient subi toute la gamme des traitements usuels, ont enfin guéri après une dizaine de semblables injections à demeure.

Par contre, nous avons essayé la formule de MOTZ (2), chez un certain nombre de malades, et nous n'avons pas obtenu dans leur état une amélioration aussi notable que pouvait le faire espérer les résultats déjà publiés en faveur de cette méthode (3).

(1) DEGUY, *Traitement de la blennorrhagie chronique* (*Revue française de Méd. et de Chir.*, N° 3 p. 68, 1902).

(2) MOTZ, *Traitement des uréthrites chroniques* (*Annales des mal. des organes génito-urinaires* Paris, 1903).

(3) CARIANI, *Contribution au traitement des uréthrites chroniques.* (*Loco cit.*, 1 avril 1904).

Contre les lésions d'infiltration dure, nous avons employé la dilatation à l'aide de l'appareil de KOLLMANN, qui permet d'obtenir une distention du canal bien supérieure à celle donnée par les béniqués. Mais la puissance de cet instrument est telle qu'il faut considérablement espacer les séances, ne les effectuer que tous les huit ou dix jours, et n'augmenter que de deux divisions au plus chaque fois.

La dilatation poussée à ce point, en même temps qu'elle lutte contre le tissu de rétrécissement, a aussi une grande influence sur les lésions glandulaires, en ouvrant largement les orifices des canaux excréteurs et en comprimant les glandes elles-mêmes. Le simple massage du canal sur béniqué a d'ailleurs la même action, permet d'évacuer les cryptes glandulaires, et est peut-être plus facilement supporté par les malades.

Voici terminée cette étude un peu rapide du traitement local et méthodique des uréthrites chroniques. Ainsi que l'on peut en juger, il est long, délicat, fait de petites manœuvres, exigeant, pour être supporté jusqu'à la fin, une dose de patience que bien des malades n'ont pas, ce qu'on ne saurait, en vérité, leur reprocher.

Dans le cours de ce long traitement, il est utile de vérifier de temps en temps le contenu de l'écoulement et les diverses portions d'urines émises dans quatre verres, afin de pouvoir modifier suivant les circonstances, la nature et la dose de lavages et de faire cesser la dilatation pendant quelques jours, s'il en est besoin.

Lorsque le cas sera favorable, on verra disparaître les microbes dans l'écoulement, où les leucocytes deviendront de moins en moins nombreux; la goutte diminuera de même, tandis que les filaments de l'urine, débarrassés des produits pathologiques, s'éleveront peu à peu et finiront par surnager au lieu de tomber au fond du verre.

L'écoulement une fois disparu, et les filaments devenus légers, il faudra faire un traitement et irriter le canal par un grand lavage au nitrate d'argent à 1/2.000, l'absorption d'une grande quantité de bière et un coït bien préservé de toute contamination. Si l'écoulement ne revient pas, si les urines du matin, le malade ayant uriné la veille au soir, restent limpides, sans filaments lourds, on pourra affirmer la guérison; sinon, il faudra reprendre le traitement pendant quelque temps.

Malheureusement, il est des cas (en réalité très nombreux) tellement rebelles que malade et médecin finissent par se lasser; c'est ici qu'il faut, sans doute, accuser les tares de l'état général, l'hérédité arthritique ou nerveuse.

Cependant, si l'on ne peut parvenir à tarir complètement la goutte matinale, nous croyons possible de l'amener, par les moyens plus haut indiqués, à un état pour ainsi dire aseptique, et tel que le malade peut, cependant, contracter mariage, sans risques pour sa future compagne. Nous voulons dire par là que l'écoulement ne doit plus renfermer que des produits de desquamation épithéliale, sans globules de pus, ni microbes d'aucune sorte; de même les filaments de l'urine doivent avoir la même composition épithéliale essentielle.

Mais tant que l'on ne sera pas parvenu à amener le malade à cet état urétral, il faudra le dissuader du mariage, car c'est, dans un grand nombre de cas, à l'infection des organes féminins par ces écoulements chroniques qu'il faut attribuer ces lésions, chroniques elles aussi, de métrites et de salpingites, qui pèsent si lourdement sur la vie génitale de la femme et aboutissent bien souvent à la stérilité, si même elles n'exigent par l'intervention plus directe du chirurgien.

Paul LEBRETON,

Assistant du Service Civile à l'hôpital Lariboisière.

INTERETS PROFESSIONNELS

UN SYNDICAT DES SOCIETES MEDICALES

Depuis quelque temps, nous voyons surgir des nouvelles sociétés médicales de tous les côtés. Wolfe, Baucé et Dorchester sont les derniers comtés à se joindre au mouvement, et nous espérons que d'autres suivront bientôt le bon exemple.

Nous lisons, avec beaucoup d'attention, les comptes rendus de ces sociétés publiés dans nos journaux de Québec et de Montréal. Les travaux sont toujours pratiques et les discussions intéressantes. Le tarif pour visites, opérations, accouchement, etc, est invariablement la première occupation de chaque nouvelle société médicale; nous leur en faisons nos compliments: *primo vivere!* Le charlatanisme y est attaqué sur toutes ses faces et avec méthode: exemple, Joliette, etc.

Ces sociétés sont également très soucieuses des choses du Collège des médecins, et nos Gouverneurs sont certains de trouver chez elles de l'appui et des bons conseils chaque fois que l'intérêt de la profession est au jeu.

La Profession médicale a beaucoup accompli dans notre Province depuis quelques années.

Nous avons, nous venons de le dire, plusieurs sociétés médicales et nous sommes particulièrement fiers de notre association des médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord qui va de succès en succès.

Il faut, cependant, continuer notre marche de l'avant; nous espérons même qu'avant longtemps tous les médecins seront affiliés aux sociétés de leurs districts.

Nous croyons que la Profession pourrait, peut-être, profiter davantage du travail de nos sociétés médicales.

Nous disions, tout à l'heure, qu'il était agréable de lire les comptes rendus des assemblées de ces sociétés médicales, et cependant nous avons toujours regretté de voir ces sociétés exister et travailler isolément, sans rapport ni communication avec les sociétés sœurs.

La Profession médicale doit, il nous semble, avoir des besoins et des intérêts communs dans toute la Province de Québec.

Cependant chaque société fait son tarif, chaque société formule des désirs et émet des opinions qui ne sont pas toujours d'accord avec les désirs et les opinions des autres sociétés.

Ne doit-on pas conclure de là que la Profession y gagnerait beaucoup si toutes les sociétés médicales, et par suite tous les médecins, étaient toujours en communion d'idée et de sentiment sur les questions d'ordre purement professionnel.

Pourquoi ne pas fonder, alors, une *Société* des sociétés qui comprendrait toutes les sociétés de notre Province ou d'un district comme ceux de Montréal et de Québec.

Nous songeons, depuis longtemps, au moyen de grouper les médecins en une *société* ou *syndical*, espèce d'Union de défense et de protection où les intérêts de notre profession seraient discutés et défendus.

Nous avons, il est vrai, les sociétés médicales de comtés — je le sais — mais j'ai dit, plus haut, que nos forces n'en restaient pas moins affaiblies et nos moyens beaucoup plus restreints par suite du travail isolé de chacune de ces sociétés.

Nous avons, je le sais également, notre association de médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord. Mais cette association ne tient ses assemblées que tous les deux ans et son programme est si chargé de travaux scientifiques que les questions d'intérêt professionnel ne reçoivent pas toute l'attention qu'elles méritent, et c'est dommage.

Nous avons, enfin, le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec qui se réunit deux fois l'an et je n'oserais l'ignorer.

Ce Bureau a beaucoup à faire et il nous semble qu'il ne reçoit pas tout l'appui qu'il est en droit d'attendre de la Profession. Après l'élection du *gouverneur* dans chaque district les médecins croient avoir tout fait tandis que tout est à faire. En effet, ce *gouverneur* délégué aux assemblées de Québec et de Montréal devrait connaître les besoins de ses confrères de district ainsi que leur opinion sur les questions à débattre à leurs assemblées bi-annuelles. Or bien peu de gouverneurs consultent la société médicale de leurs districts et les sociétés ne cherchent pas toujours à tracer une ligne de conduite à celui qui est chargé de les représenter.

Avec le syndicat des Sociétés Médicales, celles-ci seraient forcées d'étudier les questions soumises au Collège des Médecins et tout naturellement les *gouverneurs* s'intéresseraient à toutes les ques-

tions discutées et voteraient d'accord avec le désir de leurs électeurs. Le Collège des Médecins a beaucoup de difficultés à faire des lois ou règlements que l'on demande depuis longtemps et voici pourquoi :

1° Les gouverneurs sont trop nombreux et se *nuisent!*

2° Un trop petit nombre d'entre eux s'intéressent aux projets présentés aux assemblées.

3° La durée des assemblées est trop courte. Les discussions se font à la hâte et les gouverneurs s'en vont dans leur foyer alors que rien n'est fait.

Nous sommes convaincus que le Bureau des gouverneurs ferait de la très bonne besogne si les projets de loi arrivraient déjà mûris par la discussion dans nos sociétés médicales; son seul travail serait alors de faire approuver par la Législature ce que toute la Profession demande.

Le vrai rôle du Collège des médecins serait, à notre avis, de s'occuper de l'enseignement dans nos Universités; de distribuer les permis d'étude et la licence, de prélever la taxe annuelle et d'être, surtout, la machine légale qui défende nos droits et privilèges.

Il n'a guère le temps de faire *plus avec son organisation actuelle.*

Il faut de toute nécessité créer de l'union parmi les membres de la profession.

Or, *cette union, le syndicat des sociétés médicales est capable de la créer.* Bien plus, si vous voulez que les projets de loi présentés au Parlement par le Collège des médecins soient d'utilité générale, discutez-en l'importance, créez-les, en un mot, dans les sociétés médicales et demandez ensuite aux Gouverneurs de faire le reste.

Par exemple, je prends la question si débattue depuis quelque temps, de la subvention que le Collège des médecins devrait donner aux sociétés médicales. Qu'arrive-t-il? L'accord manque et rien ne se fait naturellement! Supposez, pour un instant, l'existence du syndicat des sociétés médicales. Cette question serait discutée dans toute les sociétés tout d'abord, puis à une réunion du Syndicat des sociétés les délégués arriveraient à une solution convenable qui serait soumise encore une fois à toutes les sociétés par les délégués, et, enfin à la réunion suivante du syndicat les délégués arriveraient sûrement à une entente sur un projet de

loi auquel les Gouverneurs, en assemblée, n'auraient que bien peu de chose à ajouter pour qu'il devienne loi.

Il en est ainsi de tous les projets de loi.

Qu'est-ce que ne pourrait pas faire le Collège des médecins bien aidé des conseils des sociétés médicales et soutenu par l'appui moral de tous les médecins de la Province?

Actuellement, cette docte assemblée entend des cris différents venant des quatre coins de la Province et pour ne pas déplaire aux uns, elle n'ose plaire aux autres, d'où: statu quo regrettable!

C'est par le progrès que nous pouvons arriver au progrès!

Nous soumettons ce projet de *Syndicat des Sociétés médicales* à l'étude des sociétés médicales de notre Province ainsi qu'à la considération de tous nos confrères.

Discutons d'abord sur l'opportunité de créer un tel *Syndicat* et nous verrons ensuite comment ce *Syndicat* devrait fonctionner.

Nous tenons à dire que cette idée de *Syndicat* ne présente rien qui nous soit personnel. L'idée nous en est venu en lisant les bulletins des syndicats de France, pays où la profession médicale est à s'organiser d'une façon admirable.

Chaque département de France a son syndicat qui s'occupe du tarif etc, en un mot de tous les intérêts de la profession, et ce syndicat envoie des délégués aux assemblées du *Syndicat Général*, composé des délégués de tous les syndicats départementaux, et qui siège à Paris.

Nous espérons que nos confrères nous feront l'honneur de nous communiquer leur opinion sur ce projet qui nous est cher,

LES COMPAGNIES D'ASSURANCES SUR LA VIE ET LE TARIF MEDICAL.

Nos voisins les "Yankees" frappent juste et ferme depuis quelques mois: les compagnies d'assurances et les marchands de drogues *malfaisantes* en savent quelque chose!

L'audace de ces grandes compagnies d'assurances américaines n'a d'égale que l'effronterie des marchands des drogues qui renferment plus de mauvais alcool que d'autre chose.

Les unes et les autres ne connaissent que la cupidité, et, l'amour du veau d'or leur a fait accomplir des choses incroyables.

Les McCall, les McCurdy, les Hyde et les Alexandre se sont payé des salaires princiers; ils ont jeté, à pleines mains, à leurs

parents et amis, aux législateurs et à tout le monde, à l'exception des détenteurs de police, l'or qu'ils puisaient dans des trésors qui feraient la richesse de tout un peuple.

Ces hommes de la haute finance, à réputation, jusqu'ici, intègre ont pratiqué des détournements pour des sommes considérables; un pauvre individu irait au bain pour la vie s'il en touchait malhonnêtement la millième partie!

Ces prestidigitateurs à *devanture* d'honnêtes gens ont jeté beaucoup de discrédit sur les finances américaines, et il est presque permis de se demander si chez eux tous n'arrivent pas à la fortune par l'escroquerie!

Et vous entendez dire, encore, que les compagnies d'assurances ne font pas assez de bénéfices pour bien rémunérer leurs médecins examinateurs. Elles ont payé, autrefois, *cinq dollars* pour un examen d'assuré, aujourd'hui, elles n'en paient plus que trois pour le même travail, et à l'avenir elles n'en paieront que... devinez! Et les mauvaises drogues telles que Péruna, toutes les Salsepareilles, etc, etc, sont, aigrement malmenées actuellement par quelques journaux américains.

Après M. Bok du Ladies Home Journal, c'est M. Adams du "Colliers" qui vient raconter au public les mille et un moyens qu'utilisent, pour le tromper, les compagnies qui fabriquent et vendent ces sales drogues.

L'analyse a prouvé que, pour la majorité, elles contiennent des quantités considérables d'alcool et, ce qui est pis, du mauvais alcool très souvent.

Parmi ces drogues il y en a qui ne contiennent rien du tout: ni alcool ni rien autre chose qui vaille. Toutes remplissent nos journaux de pages d'annonces mirobolantes qui n'attrappent que les imbéciles, c'est vrai, mais ils sont si nombreux! Par l'argent, les annonceurs obtiennent tout ce qu'ils veulent.

Je ne sais si c'est la soif de l'argent ou le manque de sens moral qui poussent les propriétaires de journaux à signer de semblables contrats. C'est peut-être les deux à la fois! Si au moins nous n'en avions pas de ces journaux, à Montréal. Il suffit malheureusement de parcourir nos grands quotidiens pour y lire des annonces que rien n'exuse. Encore une fois il y a des propriétaires de journaux qui n'ont ni cœur ni âme.

Nous recommandons à nos abonnés la lecture du "Colliers;"

ils y verront plusieurs moyens suggérés pour combattre ces vampires. Un moyen, entre autres, que nous avons recommandé déjà au cours d'un travail présenté à la Société Médicale et publié dans l'*Union Médicale*, consiste à forcer les fabricants de drogues à mettre sur chaque bouteille la formule de contenu. Nous croyons que notre gouvernement devrait prendre cette mesure et nous protéger contre les horreurs américaines ou les ambitions des petits commerçants très entreprenants de notre propre pays. .

J. E. DUBÉ.

Directions Spéciales dans la manière de se servir de la nasal Benninghum Douche K & O. — Un des points principaux dans l'application de la glyco-Thymoline (Kress) est de la tenir en contact avec la muqueuse du nez pendant au moins deux minutes: ceci peut être obtenu très simplement de la manière suivante:



Mettez dans la douche une à deux cuillerées à thé de glyco-thymoline (Kress), remplissez d'eau chaude (n'employez jamais d'eau froide). Avec l'index sur l'ouverture d'entrée, anôtez la sortie du liquide, introduisez l'olive dans la narine, et tenez la tête penchée en arrière. Pendant que sa solution coule dans le nez, respirez par la bouche (comme quand vous haletez); ceci ferme le passage de la gorge et vous permet de remplir la cavité nasale toute entière. Aussitôt remplie, retirez la douche, pincez les narines et penchez la tête en avant, gardez la solution dans le nez, deux minutes, et recommencez pour l'autre narine. Mouchez doucement pour empêcher la pénétration des trompes d'Eustache, car la glyco-thymoline détache toutes les croûtes catarrhales.

Ne vous mouchez pas fortement avant d'avoir débarrassé votre nez avec beaucoup de douceur.

Si le catarrhe affecte la gorge, gargarisez avec une à deux cuillerées à thé de glyco-thymoline (Kress) diluée dans une à deux cuillerées à soupe d'eau chaude.

L'*Union Médicale* prend bonne note des remarques de M. E. P. Lachapelle, au sujet du rôle des sociétés médicales dans la discussion des intérêts généraux de notre profession. Jusqu'à ces dernières années, à part la Société Médicale de Québec et la Société Médicale de Montréal, aucune des associations du district ne s'est intéressée bien vivement aux choses extra-médicales.

D'autre part, le Bureau du Collège s'est enfermé beaucoup trop dans le huis-clos, limitant son intervention à des influences personnelles insuffisantes lorsqu'il s'agit de convaincre des législateurs par des moyens plus forts, quoique moins avouables, que le prestige individuel. Aussi, en face des échecs répétés qui ont jeté beaucoup de discrédit sur notre profession, le Bureau sent le besoin de multiplier ses moyens d'action. Il fait un appel aux Sociétés Médicales. C'est bien fait, et nous espérons que celles-ci sauront l'entendre de la bonne oreille.

Bientôt la *Société Médicale* de Montréal mettra à l'étude les questions vitales qui nous préoccupent aujourd'hui; elle demandera l'avis de chacune des sociétés sœurs et elle statuera par un rapport qui devra avoir quelque influence, soit auprès des membres du Bureau, soit auprès des députés à la législature.

La société médicale de Wolfe a déjà posé en principe la question des privilèges médicaux comme devant primer toute autre.

C'est de la bonne politique, c'est la seule qui nous soit profitable.

Cet exemple devra être suivi. Les médecins, surtout dans les districts ruraux, sont une force avec laquelle le député doit compter; leurs avis sont pris en considération dans les milieux qu'ils habitent, et qu'ils dirigent souvent à leur guise. On conçoit sans peine quel cas on ferait de notre intervention collective si nous prenions la résolution de nous grouper lorsqu'il s'agit de défendre nos intérêts professionnels menacés par des lois iniques comme celles que nous subissons depuis quelques années.

On verra, ailleurs, comment notre ami Dubé conçoit l'action efficace des associations médicales de la Province de Québec.

La réalisation de ce plan ferait surgir une puissance nouvelle qui pourrait en imposer à certains politiciens peu scrupuleux.

Nous serions bien maladroits si nous négligions de profiter des forces vives qui animent les rangs de notre profession en ces dernières années, et si nous laissions à d'autres, qui les connaissent moins bien, le soin de défendre des droits qui les concernent nullement et dont ils ne retirent des bénéfices qu'en autant qu'on les conteste et qu'on y porte atteinte! . . .

Nous sommes un peu comme le baudet de la fable. On lui en veut parce qu'il a la patience de ne rien dire lorsqu'on lui tire les oreilles! . . .

II. — UNE ANOMALIE

A la réunion de septembre, le collège des médecins a accordé la licence à un médecin italien.

Plusieurs médecins, depuis, ont protesté contre de semblables précédents.

Sans doute, en quelques occasions, le bureau a accordé la licence à des médecins français, porteurs du diplôme de l'Université de Paris. En cela il y en échange de courtoisie, et nous ne voyons rien, là, qui blesse notre amour-propre ou lèse nos intérêts d'une façon bien sérieuse.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'Université de Paris entretient des relations très cordiales avec l'Université Laval. Chaque année, nous recevons un exemplaire de toutes les thèses soutenues dans le cours de l'année scolaire. D'autre part, les élèves canadiens qui désirent subir les épreuves du doctorat sont dispensés des épreuves préliminaires du baccalauréat qui est le certificat de compétence *obligato* pour tout élève qui se destine à l'étude de la médecine. Il est vrai que notre diplôme universitaire nous dispense nullement des examens es-sciences du P. C. N.; mais ces matières forment partie du programme médical, et nous subissons, en cela, la loi commune. On nous met sur un pied d'égalité avec l'étudiant français. Donc, il y a, ici, échange de bons procédés.

Mais il n'en est pas de même avec les autres pays.

Si nous conférons, sans plus de façons, et après simple examen médical absolument insipide, nos licences à un italien, à un russe, à un allemand etc, qui n'a pas subi les épreuves préliminaires du *brevet* ou du *bacho*, nous accordons, de ce fait, à l'étranger des faveurs que nous refusons à nos compatriotes, car ces derniers n'ont pas le droit de se présenter devant un bureau pour y subir

un examen médical ni d'exercer dans leur province native, à moins qu'ils ne produisent leur certificat de brevet.

On nous répondra peut-être que les premiers ont subi des examens médicaux brillants, devant les examinateurs du bureau. A cela, nous répondrons que les élèves brillants aussi — et canadiens ceux-là — n'auraient pas été embarrassés du tenir le pari d'une telle épreuve si on les y avait autorisés; car ils avaient donné durant leur cléricature des preuves de leur savoir-faire. Cependant, on les a forcés de reprendre leur brevet ou de s'extorquer.

En agissant ainsi, pour ces derniers, on avait raison. On interprétait strictement l'esprit de la loi.

Mais on vient de commettre une injustice, à leur égard, en accordant la licence à deux médecins étrangers: un italien et un russe, sans autre formalité que l'épreuve médicale devant les examinateurs du bureau.

Les sociétés médicales feraient bien de s'occuper de cette question. Nous ne voyons pas pourquoi nous faciliterions, chez nous, l'importation des médecins étrangers alors que nous avons le regret d'assister à l'exode de nos compatriotes vers les Etats-Unis.

Nous voulons la loi, *une et pour tous*.

Rédaction.

LE CITROPHÈNE

Rapport de M. le DR KORNFIELD de l'Univ. de Vienne (*Therapeutische Monatshefte*, BERLIN, septembre 1900.)

De toutes les nombreuses préparations pharmaceutiques qui nous ont été données dans les dix dernières années, il faut attribuer toute la valeur que mérite le Citrophène produit inventé il y a plusieurs ans par le Docteur Roos.

On a fait beaucoup d'éloges à différents produits plus ou moins utiles à la médecine même à quelques-uns qui ont donné des résultats nuls et même contraires, à rendre sceptiques les plus croyants. Nous nous empressons d'appeler toute l'attention du corps médical sur les rares produits qui méritent une véritable estime parmi lesquels nous comptons indiscutablement le Citrophène.

Les nombreux essais faits par un grand nombre de nos confrères avec le Citrophène en des cas déterminés l'ont fait adopter avec confiance à la suite des résultats très satisfaisants obtenus, et nous conseillons son emploi dans les différentes maladies que nous allons énumérer, nous basant sur les rapports qui nous sont parvenus et sur nos propres essais.

Disons d'abord que le Citrophène se présente favorablement par une heureuse composition chimique et par un effet médical très prompt. Il se compose de Paraphénétidine et d'Acide citrique. Sous l'influence du suc gastrique, le Citrophène se répand et agit de suite. Contrairement à quelques produits similaires, il se conserve très bien, et quoique très soluble, il ne fonce pas au contact de l'air. Son goût un peu aigre est très agréable, et pris dans de l'eau de selz ou une eau minérale quelconque, il calme la soif: un grand avantage pour les fiévreux et les névroses. L'emploi du Citrophène est recommandé dans les cas de Fièvre, Rhumatismes, Influenza, Migraines, Névralgies, Goutte, Sciatique, Coqueluche, débilité nerveuse, Neurasténie, insomnie nerveuse, épilepsie, troubles de la menstruation.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 3 octobre

Présidence de M. MERCIER, O. F.

Après lecture du procès-verbal, on procède à l'élection des membres du bureau exécutif pour l'année 1905-06.

Président..... A. Boulet
Vice-président..... A. Marien.
Secrétaire..... A. Laramée (réélu).
Trésorier..... A. Ethier (réélu).

Comité de direction. — MM. L. A. Demers, H. Hervieux, J. E. Dubé, C. N. Valin, O. F. Mercier.

Séance du 17 octobre 1905

Présidence de M. BOULET.

PIÈCES ANATOMIQUES

M. de Martigny (François) présente des pièces anatomiques (utérus et annexes) enlevées par voie abdominale pour cancer. L'opération a été suivie de guérison.

Il produit les pièces microscopiques.

La malade a relevé de l'opération sans incident. Il insiste fortement sur le résultat plutôt décourageant de l'évidement du bassin, dans les cas de cancer de l'utérus ayant dépassé l'organe. Dans ces cas le Dr de Martigny désapprouve complètement toute opération qui peut mettre la vie de la malade en danger immédiat, il conseille de choisir l'opération la plus bénigne, cautérisation au fer rouge des bourgeons et pansements astringents.

DISCUSSION

M. Lasnier se prononce en faveur de la voie vaginale, dans ces cas. Elle est plus rapide, et fait courir moins de risques à la malade.

M. Marien, après examen des pièces microscopiques, affirme qu'il ne trouve pas traces de cancer. Il ne voit que des lésions métrite chronique.

Néanmoins il demande à M. de Martigny de bien vouloir apporter ces pièces à son laboratoire où ils en feront une étude plus détaillée. Il se prononce en faveur de l'intervention lorsqu'elle peut donner des chances de survie à la malade.

M. *Monod* a peu confiance dans le résultat des interventions chirurgicales pour les affections cancéreuses, surtout quand celles-ci ont envahi le bassin.

M. *de Martigny* dit qu'il devait avoir de bonnes raisons, lui élève de Péan, un partisan de l'hystérectomie vaginale, non seulement pour les cancers mais aussi pour tous ou presque tous les fibromes, de préférer la voie abdominale. Le col était tellement envahi, et c'est facile de s'en rendre compte en examinant la pièce, qu'il a dû se résoudre à passer par le ventre. D'ailleurs l'une ou l'autre méthode n'est pas plus dangereuse de 4 à 5/100 de mortalité, au plus. Le Dr de Martigny admet que dans les cas de cancer de l'utérus sans lésions anciennes des annexes et sans adhérence de l'utérus l'hystérectomie vaginale est plus rapide, mais la différence n'est pas aussi grande que l'on pourrait le croire.

Quant aux remarques du Dr Marien, il le remercie d'avoir placé la discussion sur le terrain scientifique. Il laisse avec plaisir à sa disposition les pièces et les coupes qu'il présente à la Société.

"L'année dernière, ajoute le Dr de Martigny, au cours d'une discussion vive et animée il m'est arrivé d'échapper le mot "sport". Je le retirerai de bonne grâce, de suite, je le retire encore ce soir de bonne grâce quoique ne l'ayant pas prononcé. J'es-père qu'après ce double enterrement l'on n'en entendra plus "parler."

Malgré les remarques du Dr Marien, le Dr de Martigny continue à désapprouver les grands délabrements dans les cas de cancers de l'utérus avancés. A son avis ces délabrements transforment en longue et douloureuse agonie les dernières semaines de vie des malades, sans avoir pour les excuser l'ombre d'un succès probable. Il est favorable à toute opération grave, difficile, dangereuse quand on peut espérer avec le succès opératoire une guérison définitive du malade. Les opérations de désarticulation de l'épaule ou de la hanche pour sarcome de l'humérus ou du fémur sont des opérations d'une excessive gravité et personne ne

songe à les critiquer devant les brillants et durables résultats obtenus. Il cite le cas d'un agent d'assurance bien connu désarticulé par le prof. Tillaux dans son service de la Charité, il y a 13 ans, pour un sarcome de l'humérus et qui se porte admirablement bien aujourd'hui sans la moindre trace de récidive.

COMMUNICATION

M. Monod fait une communication sur un cas de *réten tion vésicale par obstruction de l'urèthre*. Il s'agit d'un malade qui fut pris subitement de rétention vésicale quelque temps après avoir reçu un coup dans la région de l'urèthre, et chez qui des tentatives répétées de catéthérisme avaient échoué. Une uréthrotomie externe faite en deux temps permit de constater la présence d'un diverticule du canal dans lequel s'engageait la sonde à chaque tentative de catéthérisme antégrade, alors que le catéthérisme rétrograde se faisait facilement. M. Monod, après avoir éliminé la possibilité d'une fausse route, a pensé que ce pouvait être un double canal d'origine congénitale. Néanmoins, malgré ces interventions, le malade reste incapable de vider sa vessie.

M. Monod conclut à une paralysie vésicale.

Après avoir éliminé le tabes, l'hystérie, il arrive à la conclusion que la cause réelle lui échappe, et il demande la discussion sur ce cas.

DISCUSSION

M. de Martigny. La très intéressante observation de notre collègue Monod demanderait à être discutée longuement. Je partage l'opinion du Dr Monod et je suis d'avis que le long trajet allant de la partie antérieure du bulbe à la partie postérieure de ce dernier est un diverticule congénital. L'on peut ne pas partager cette opinion, mais je trouve difficile d'infirmer le diagnostic de notre confrère. Je crois que la rétention reconnaît comme cause un rétrécissement filiforme traumatique mince, une bande fibreuse, et que la congestion produite par le froid aux pieds chez le malade a été suffisante pour déterminer une congestion intense de l'urèthre, congestion qui a bloqué la lumière de l'urèthre. Je crois aussi que la paralysie est consécutive à la surdistension vésicale produite par la rétention.

Je tiens surtout à attirer l'attention sur ce point très important de clinique, la rapidité de l'infection secondaire des voies urinaires ascendantes chez les malades à urines infectées et à vessie paralysée. Le Dr Monod est parvenu à éviter à son malade cette infection ascendante et c'est un beau succès.

Deux fois déjà j'ai remarqué, ajoute le Dr de Martigny, le peu d'influence qu'avait sur la marche des plaies les urines infectées. La première fois chez un malade robuste porteur d'une grosse pierre vésicale à qui je fis la taille sus-pubienne avec drainage. Le malade guérit complètement en trois semaines. Le seconde fois chez un vieillard de 82 ans prostatique infecté à qui j'enlevai par la voie périnéale une prostate grosse comme une mandarine. Lui aussi malgré son grand âge et des urines infectées guérit sans incident.

M. *Marien*, émet l'opinion d'une fausse route. Dans les affections de l'urètre, dit-il, ces délabrements sont faciles à faire surtout dans les cas de traumatismes et d'infection consécutive. La muqueuse urétrale est mince et très fragile; une fausse route est facile à faire sans qu'on s'en aperçoive, même en prenant les plus grandes précautions.

Quant à la paralysie vésicale, elle serait due, très probablement à la surdistention prolongée et répétée.

M. *Lasnier*, émet la possibilité du tabes ou de l'hystérie comme cause de ces troubles. Nous connaissons ces spasmes de l'urètre à la suite de la simple introduction de la sonde. D'autre part, ces pertes de connaissance avec agitation et délire loquace — rapportées par M. Monod — doivent attirer notre attention de ce côté. Il demande de plus amples détails sur les caractères de ce délire.

M. *Dubé*, croit qu'il s'agit d'un cas de paralysie vésicale par surdistention.

M. *Monod*: en réponse élimine le tabes, l'hystérie, la surdistention et maintient ses données premières.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

M. *E. P. Lachapelle* — fait une revue des questions qui intéressent la profession médicale, en générale. Il réaffirme d'abord, à propos des assesseurs, que ce système est caduque et qu'il devra disparaître tôt ou tard. Il préconise ensuite la formation d'un *Bureau central d'examineurs* à l'effet d'obliger tout porteur du

diplôme universitaire à subir un nouvel examen pour la licence, comme font les avocats et les notaires. Cette mesure mettrait fin à la campagne de bills privés, et mettrait la Province de Québec sur un pied d'uniformité avec les autres provinces, facilitant ainsi les négociations en vue de l'échange pure et simple des licences. Il explique la nature de la motion faite à l'une des séances régulières du Collège, demandant que le Bureau donne une aide pécuniaire aux sociétés médicales de district. Le Bureau a passé une résolution par laquelle il s'engage à fournir telle aide demandée lorsque le trésorier accusera un surplus de \$5,000.00.

Personnellement, il est opposé à cette mesure parce qu'elle n'est pas efficace. Les médecins ont un intérêt personnel à se former en associations médicales, en vue du relèvement du tarif, de l'entente générale, et de la suppression du charlatanisme. Des abonnements aux revues, des achats de livres seraient difficilement mis en circulation à cause des grandes distances qui séparent les membres les uns des autres, et ne porteraient aucun fruit.

Mais on en a consacré le principe, c'est suffisant pour le moment.

Il croit que les Sociétés feraient mieux de venir en aide au Collège dans la lutte qu'il a entreprise contre le charlatanisme. Et il fait un appel à leur bonne volonté dans ce sens.

À propos des cinq années d'études médicales, M. Lachapelle nous explique les raisons de l'échec subi par le collège des médecins. Cette mesure a pour but de permettre à l'élève de consacrer une année, la dernière, à l'observation clinique exclusive. Les horizons de la médecine s'élargissant de jour en jour, l'élève peut difficilement s'assimiler en si peu de temps — un total 30 à 35 mois d'études — les données de la médecine contemporaine. Il lui faut trouver moyen d'appliquer les notions acquises antérieurement. Nous avons donc, dit-il, demandé l'autorisation à la législature de fixer ce chiffre de 5 ans, à l'avenir. On nous a refusé, sous prétexte que c'était inutile. Néanmoins, nous retournerons à la charge, et nous espérons que, cette fois, nous serons plus heureux.

M. Lachapelle donne quelques explications sur une loi qui a été passée au parlement anglais, accordant certains privilèges aux médecins canadiens qui désireraient aller exercer en Angleterre.

C'est une tentative de réciprocité entre l'Angleterre et le Canada. Mais cette loi, dans l'esprit des promoteurs, comportait la for-

mation d'un bureau fédéral, au Canada, dont les di-¹ômes seuls pourraient être reconnus. Or, comme la question d'un bureau fédéral est enterrée, on a dû modifier cette loi. L'amendement comporte que chacune des provinces pourra traiter séparément avec Londres, conservant ainsi son autonomie avec la faculté de pouvoir exiger pour nous des avantages équivalents à ceux qu'elle pourrait être appelée à accorder dans un avenir plus ou moins long.

Une question qui mérite toute notre attention est la nomination d'un officier exécutif du Bureau du Collège des médecins de la P. O. avec un salaire fixe de \$2,000.00 environ ou plus, qui aurait la direction effective de toutes les affaires du collège avec bureau officiel permanent dans un endroit fixe.

Actuellement le bureau est partout et nulle part. Les renseignements donnés sont trop souvent erronés, et le collège en éprouve des ennuis, sans compter que le public médical en souffre.

La question est à l'étude.

Puis le président invite ensuite les sociétés médicales à s'occuper plus activement des intérêts professionnels.

L. . . .

La "Durée" de l'Antitoxine Diphtérique.

Les opinions contraires des principaux producteurs de produits biologiques américains, sur ce point, intéresseront la profession.

Il est difficile de retracer l'origine de cette croyance que l'Antitoxine fraîche a plus de pouvoir que celle qui a plus d'âge.

Anciennement la timidité du manufacturier avait sa raison d'être, à cause du peu de demande, et pratiquement la vente des sérums se faisait à commission. Si l'on examine les découvertes des chercheurs scientifiques d'Europe l'on trouve qu'ils sont beaucoup plus libéraux qu'on ne l'est en Amérique sur la durée des Sérums. Il y a eu indubitablement dans les procédés de technique et conséquemment dans la qualité des Sérums beaucoup de progrès dans les cinq dernières années. Les Sérums actuels doivent l'emporter sur ceux de ce temps-là en puissance et sur la propriété de retenir cette puissance pendant un temps plus long. Les épreuves sur épreuves ont donné beaucoup de connaissances à ce sujet. Abba de Turin, McFarland d'Amérique, Chiadini d'Italie, Roux de Paris, Sibbertz, Marx de Francfort et Miller d'Amérique, ont publié des expériences, montrant que cette croyance empirique du peu de durée de la valeur des Sérums n'est pas fondée. La valeur scientifique de ces hommes et leur réputation est établie.

Dans leur opinion, deux ans de durée, est une date absolument sûre, bien que quelques-uns, Libbertz entr'autres sont prêts à accorder cinq années de pouvoir au Sérums.

Le rapport de Marx, conclut que "Le manque de confiance dans le vieux Sérums n'est pas fondé." Miller, qui a expérimenté avec les Sérums américains dont la date était périmée en arrive à la conclusion que "La demande d'un Sérums frais n'est pas justifiée."

Avec ces faits dérivant de travaux d'expérience de plusieurs années faits par des autorités, nous affirmons que la durée de pouvoir des Sérums peut être très étendue et qu'un Sérums de trois ans peut être aussi effectif qu'un Sérums d'un mois. Il n'y a rien autre chose qu'une croyance de plusieurs années qui puisse être apportée pour combattre cet avancé.

NEUROLOGIE.

Monsieur le Dr L. J. A. SIMARD.

Un grand défaut de notre époque est de juger la valeur d'un homme par le bruit qui se fait autour de son nom.

Appréciée suivant ce critérium, la carrière de Monsieur le Docteur Simard, décédé à Québec le 29 septembre dernier, mériterait à peine une simple mention.

Pourtant, le vénérable Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval était l'un des derniers survivants de ce groupe de médecins passionnés pour la science qui jetèrent, dans cette Province, les bases d'un enseignement médical digne de ce nom et qui consacrèrent les meilleures années de leur vie à perfectionner et améliorer leur œuvre.

Pour nous qui avons goûté les fruits de leurs labeurs, parvenus à pleine maturité, il est difficile de mesurer rétrospectivement la grandeur de leur tâche exécutée au milieu d'innombrables difficultés.

Peu le Dr Simard fut admis à la pratique en 1860. Son intelligence vive, son esprit alerte, sa prodigieuse mémoire autant que les succès remportés durant son cours, avaient attiré sur lui l'attention des autorités universitaires qui l'envoyèrent en Europe, compléter ses études et se préparer au professorat. Tout en consacrant la meilleure partie de son temps à l'ophtalmologie et l'otologie, il ne négligea pas de suivre les cours et cliniques des différents Maîtres de l'époque. Aussi revint-il au pays, trois ans plus tard, possédant un bagage de connaissances médicales très étendu et prêt à occuper les différentes chaires qu'on voudrait, ou serait obligé de lui confier vu la pénurie des professeurs, pour les branches théoriques.

Il enseigna successivement l'anatomie pratique, la médecine légale et l'histologie, et enfin pendant trente-cinq ans, la physiologie et la pathologie générale, en outre de son cours de maladies des yeux et des oreilles. Comment put-il suffire à cette tâche? Par le travail, un travail ardu, incessant qui ne se limitait pas aux matières de ses leçons, mais embrassait tout ce qui touchait de près ou de loin à la science médicale. Toujours à l'affût des découvertes nouvelles et des publications les plus récentes, le Dr Simard avait tout vu, tout lu, tout retenu. Il était, sans contredit, l'un des médecins les plus érudits de cette Province.

Comme professeur, toutefois, la *quantité* de ses connaissances nuisait à la *qualité* de son enseignement. Pour être facile sa parole manquait souvent de clarté, et le souci des détails le faisait verser dans la diffusion. En revanche, quelle patience, quelle bonté, quel dévouement. Ponctuel comme un chronomètre, l'heure du cours le trouvait à son poste, prêt à répondre à toutes les

questions, ne se lassant jamais des interrogations, s'évertuant à expliquer un point obscur, interrompant, au besoin, le fil de sa leçon pour venir au secours d'un distrait ou d'un retardataire. Tout en tenant ses élèves à distance, il savait discerner l'ivraie du bon grain et au jour de l'examen l'étudiant studieux trouvait un protecteur dans le professeur de physiologie dont l'impartialité fut toujours au-dessus de tout soupçon.

Chose singulière, quoique assez commune dans la profession, en dépit de son incontestable compétence comme spécialiste le Dr Simard ne fut pas un praticien à grande clientèle. Trop modeste, se défiant de ses forces, ennemi de ces artifices qui attirent et retiennent le client, il sut se contenter de l'*aurea mediocritas* du poète, sans jamais songer que son inépuisable charité était trop souvent mise à contribution. Ses livres, ses études, ses cours, sa clinique suffisaient à son ambition.

De 1883 à 1903, le Dr Simard fit partie du Bureau médical à titre de représentant de l'Université Laval; il en occupa le fauteuil présidentiel pendant un terme, 95 — 98. Durant ces vingt années tous ses efforts tendaient à relever le niveau des études médicales et des études préparatoires à l'étude de la médecine. Sa longue expérience comme professeur, ses connaissances variées des questions relatives à l'éducation professionnelle et classique lui auraient une autorité spéciale sur ces sujets. Les intérêts professionnels n'échappaient pas non plus à sa vigilante attention. Les règlements du Collège des médecins étaient en bonne partie son œuvre. Prenant une part active aux débats, il savait défendre ses opinions avec vigueur et même opiniâtreté lorsque la discussion touchait aux privilèges universitaires. S'il avait le courage de ses convictions, même quand il les savait impopulaires, par contre, personne ne savait se rendre de meilleure grâce à l'évidence et admettre avec la plus sincère bonhomie qu'il s'était trompé.

Enfin, tout mouvement ayant pour but d'améliorer la position du médecin au point de vue scientifique ou professionnel trouva toujours chez lui un généreux encouragement. Ainsi lorsque fut fondée la société médicale de Québec, loin d'invoquer son âge et ses états de services comme légitimes excuses pour s'abstenir, il en accepta la présidence. Le premier rendu aux séances, il participait à toutes les discussions et stimulait les volontés défaillantes par son enthousiasme communicatif.

Pour continuer ses traditions de talent brillant et d'inlassable labeur, le vénérable Doyen laisse à l'Université Laval deux fils: l'abbé Henri Simard, professeur d'astronomie, et le Dr Arthur Simard, professeur d'anatomie pratique.

A ce dernier, en particulier, nous offrons l'expression de nos vifs regrets et de nos sympathiques condoléances.

Dr L. J. SIROIS,
de St-Ferdinand d'Halifax.

PHARMACOLOGIE.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE.

1° Contre l'orchite :

Axonge	45 grammes
Iodure de plomb	5 —
— potassium	2 —
Extrait de belladonne	1 —
— opium	} ââ 0 gr. 50 centigr.
— d'aconit	

En frictions locales.

2° Contre les hémorrhagies :

Chlorure de calcium	9 grammes
Sirop de sucre	60 —
Eau	180 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

Ou bien, d'après Robin :

Chlorure de calcium	4 grammes
Sirop d'opium	30 —
Eau distillée de tilleul	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

3° Contre l'hémoptysie :

Poudre d'ipéca	2 grammes
Sirop —	40 —
— diocode	60 —
— d'écorces d'oranges amères	30 —

Une cuillerée à soupe toutes les 2 heures jusqu'à état nauséux, — lait dans l'intervalle.

4° Contre la gale :

1° bain amidonné d'une demi-heure de durée, savonnage au savon noir, frictions énergiques au siège de prédilection suivies de l'application locale de la pommade suivante :

Axonge	120 grammes
Fleur de soufre	20 —
Carbonate de potasse	10 —

Durant une nuit.

Le lendemain, bain tiède de 20 minutes, soupoudrer avec :

Talc	} ââ p. égaux.
Sous-nitrate de bismuth	

5° Contre les verrues :

Un auteur récent conseille l'eau de chaux prise à l'intérieur à la dose ordinaire, trois ou quatre fois par jour.