

FÉVRIER 1904

SOMMAIRE

- 63 — Le deuxième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord... .. *Rédaction.*
-

MÉMOIRES

- 67 — Un cas de tumeur tuberculeuse primitive des fosses nasales *Roy.*
71 — Une observation d'abcès rétro-utérin..... *Lasnier.*
-

REVUE GÉNÉRALE

- 76 — La fièvre typhoïde..... *Lessard.*
-

CHRONIQUE MÉDICALE.

- 88 — Faits divers et observations cliniques :
— La douleur sous-xiphoidienne dans la dilatation de l'estomac.
— La rachicentèse dans les maladies de l'oreille et dans la céphalée des brightiques.
— Traitement de l'asthme.
— L'opothérapie rénale..... *LeSage*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

REPRODUCTION.

94 — Le traitement des entorses..... *Morestin.*

CORRESPONDANCE.

105 — Maladies contagieuses et déclaration obligatoire... X.

SOCIÉTÉS.

112 — Société Médicale de Shefford — rapport de la séance
du 28 janvier..... *Lessard.*

117 — Société Médicale de Montréal — rapport des séances
du 26 janvier, des 9 et 23 février..... *Déarie*

LE DEUXIÈME CONGRÈS

— DE —

L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord

28, 29 et 30 JUIN 1904.

L'association a cette vertu singulière d'engendrer une résultante d'ordre supérieur à celui des forces individuelles composantes. En même temps qu'elle fortifie, l'association *moralise*.

(CHAVANNES.)

Les 28, 29 et 30 juin prochains, l'*Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord* se réunira à Montréal où elle tiendra ses séances régulières pour la deuxième fois depuis sa fondation.

Ce congrès médical coïncidera avec les fêtes qui seront données en l'honneur du 25^e anniversaire de la fondation de l'Université Laval à Montréal.

Nous ne doutons pas que l'affluence des médecins soit grande, car tous voudront prouver, par leur présence, l'intérêt réel qu'ils portent à l'Université française de cette ville comme aux choses de la médecine en général.

Si l'on veut bien se rappeler que 400 membres se sont inscrits lors du premier Congrès à Québec; que 100 travaux ou communications furent lus ou enrégistrés, il est permis de conclure que cette grande association médicale française est venue à son heure et qu'elle nous a rendu le très grand service de nous révéler plus unis et meilleurs observateurs que nous le pensions de prime abord.

Mais si l'importance de cette institution encore jeune a pu créer au sein de notre population médicale française des enthousiasmes que nous avons lieu de croire sincères, il ne faudrait pas s'imaginer que seuls ils suffisent à en assurer l'existence et la longévité. Ce que l'on est convenu d'appeler le pur nationalisme repose trop souvent dans des phrases vides et sonores dont le souvenir s'efface rapidement et sans profit pour tous pour que nous fondions sur lui notre seul espoir de succès durable. L'histoire, hélas!... nous enseigne que ces enthousiasmes trop prompts ou trop faciles sont sujets à des écarts sérieux ou, en tout cas, sont suivis

a bref délai d'une apathie redoutable et singulièrement tenace qui déconcerte les meilleurs esprits, en même temps qu'elle immobilise dans l'impassible *statu quo* l'ère de progrès inaugurée partout ailleurs.

Donc, si nous devons donner une part à ce pur nationalisme, que ce soit la plus petite, et que l'esprit qui anime cette association nouvelle s'appelle et soit vraiment *l'esprit scientifique* pur. Plus large dans sa conception puisqu'il est pour ainsi dire mondial, il évitera les frictions de races souvent inhérentes au sentiment, par trop capricieux et exclusif; issu d'une seule et même origine pour tous, enrichi des mêmes traditions séculaires et entraîné d'après les mêmes méthodes d'observations quotidiennes, il évoluera avec aisance dans tous les milieux sans qu'on ait raison de s'en étonner: étant de tous les âges et de tous les pays, il sera de droit de toutes les fêtes.

C'est bien là, en effet, le but que se sont proposé les promoteurs de ce projet. Si nous nous permettons de renchéris sur ce point délicat, ce n'est pas que nous ayons à excuser certains abus qui lui soient imputables mais bien plutôt à en prévenir la possibilité. L'idée en a été clairement exposée dans la circulaire que le Comité conjoint d'organisation adressait, au début, à chaque membre de la profession médicale: voici ce que nous disions:

... " La science n'a pas de patrie " comme on l'a dit avec raison: elle ne doit pas être limitée par les frontières d'un pays. Mais, il faut bien l'admettre, la langue qui en est l'expression établit une grande différence pour la facilité de sa diffusion, pour le travail des études journalières comme pour le profit que la masse des praticiens peut retirer de ses manifestations les plus larges au sein des congrès professionnels. Voilà pourquoi notre association des médecins de langue française aura sa raison d'être. Mais elle ne sera pas une menace de briser l'harmonie que nous aimerons à conserver avec nos confrères de langue anglaise, non plus qu'une scission qui nous aura été inspirée par un sentiment de pur nationalisme: elle ne sera que l'expression légitime d'une nécessité depuis longtemps ressentie pour favoriser le développement de notre esprit scientifique.

Et nous avons la confiance, au contraire, que cette association, qui n'aura qu'un même but deviendra plutôt l'occasion d'égarde réciproques entre les associations identiques, de nationalités différentes, et qu'il n'y aura d'autre sujet de rivalité et de lutte dans le but qu'elles poursuivent que l'émulation pour l'avancement scientifique et le bien de l'humanité souffrante. N'est-ce pas là l'objet commun qui doit rattacher tous ceux qui ont embrassé la noble profession de médecin?"

—Ainsi défini, le but que se propose cette association est louable en tout point et mérite qu'on lui accorde notre entier concours.

Comme l'a si bien démontré le professeur Brochu, qui en fut pour ainsi dire l'instigateur, ces grands congrès périodiques assureront la stabilité aux Sociétés médicales de districts qui ont fait un si grand bien à la profession en général et aux médecins en particulier, pour ne parler que du côté moral. Et pourtant elles n'existent à peine que depuis quelques deux ou trois ans.

D'autre part, nous avons la conviction que non-seulement elles contribueront à développer chez nous, médecins, cet amour du travail qui fait que l'on observe mieux et davantage, mais elles créeront, pour ainsi dire, un état social nouveau plus affiné et plus tolérant vers lequel nous poussent rapidement l'habitude des choses de l'esprit et le contact obligé avec ses semblables.

L'individualisme ou l'isolement des intérêts ne peut plus se comprendre aujourd'hui, la solidarité s'impose chaque jour davantage et l'association est devenue l'instrument d'action le plus puissant que l'homme puisse employer: *elle fortifie en même temps qu'elle moralise.*

Or, si nous voulons que nos sociétés médicales se fortifient et survivent aux efforts de leurs fondateurs en atteignant le but commun qui leur est assigné—à la fois moral et scientifique—donnons leur le moyen le plus facile d'y parvenir, c'est-à-dire *l'association libre et permanente.* C'est par elle que les vieux pays d'Europe ont progressé: c'est par elle que les États-Unis avancent rapidement, et c'est par elle seule que nous sor-

tirons de l'ornière où nous immobilise l'implacable routine traditionnelle qui nous rive au passé, sans souci de l'avenir. . .

Méditons, en terminant, cette pensée d'un économiste français distingué, et laissons à d'autres le soin de prouver que nous sommes une race inférieure.

—Prise dans un sens général, dit-il, la question de l'association est immense : l'organisme social tout entier peut s'y ramener aussi bien dans les sociétés en voie de formation que dans celles considérées comme les plus avancées en civilisation. Et, chaque jour, ce besoin de groupement prend une importance nouvelle ; on pourrait presque dire que le progrès des peuples peut se mesurer par le développement qu'ils ont donné à l'association.

—Nous sommes une nation, dit-on, au point de vue politique : quand serons-nous un peuple au point de vue scientifique? . . .

LA RÉDACTION.

UN CAS DE TUMEUR TUBERCULEUSE PRIMITIVE DES FOSSES NASALES (1)

Par le Dr J.-N. ROY

Membre de la Société française d'Ophthalmologie, membre correspondant de la Société française d'Oto-rhino-laryngologie, Médecin assistant à la Clinique d'Ophthalmologie à l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Pendant mon séjour à Paris, lorsque j'appartenais au service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint Antoine, j'eus à donner mes soins à une malade qui m'était recommandée par un confrère et qui souffrait d'une tumeur tuberculeuse primitive des fosses nasales. Vu la rareté du cas (puisqu'à la fin de l'année 1902, la littérature médicale n'en rapportait qu'une quarantaine) j'ai cru devoir publier cette observation.

OBSERVATION. — Melle G. . . 20 ans, se plaint depuis un an, d'un enchifrènement de la fosse nasale droite; elle mouche beaucoup plus du côté droit, et a de temps en temps des épistaxis légères. L'obstruction nasale a progressivement augmenté, et c'est à cause de cette gêne de la respiration nasale, de la sécheresse de la gorge, et des épistaxis quand elle se mouche, que la malade vient à la consultation.

Voilà un an, elle constata à la partie antérieure et sur le bord de la cloison cartilagineuse du côté droit, une petite tuméfaction un peu rouge, qu'elle avait l'habitude de gratter. Cette surélévation, à la suite des lésions de grattage, s'ulcérail et saignait légèrement. Une petite croûte se formait à sa partie supérieure, et se reformait à mesure que la malade l'enlevait par le grattage.

Bientôt cette tumeur grossit, sans donner lieu à de l'inflammation du voisinage, sans occasionner de souffrance, mais simplement en exagérant la sécrétion nasale de ce côté.

Après des périodes stationnaires, elle augmenta peu à peu, produisit de la gêne respiratoire, et une obstruction nasale qui, au bout d'un an, n'était pourtant pas complète.

L'état général de la malade avait toujours été excellent; elle n'avait pas maigri, elle ne toussait pas, et, à part cette manifestation locale, sa santé ne s'est pas ressentie du tout de la présence de cette tumeur nasale.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 23 février 1904.

Comme antécédents personnels, la malade avoue la rougeole dans son enfance; elle n'a jamais eu de bronchite, rien du côté des poumons, elle n'a jamais toussé.

Comme antécédents héréditaires: son père est atteint de bronchite chronique depuis très longtemps, s'enrhume tous les hivers et tousse pendant toute la période froide de l'année.

Son frère est mort du tuberculose pulmonaire, sa mère et sa sœur sont bien portantes.

A l'examen rhinoscopique, on constate, adhérente à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, une tumeur gris rougeâtre, grosse comme une demi-noisette, reposant par une large base sur la cloison.

Sa partie libre ne vient pas encore au contact de l'aile du nez correspondante, et laisse entre elle un espace d'environ un demi centimètre.

Le contact avec le stylet permet d'apprécier la consistance assez molle, friable, de la tumeur; il provoque une légère hémorragie.

On contourne la concavité de la tumeur avec le stylet coudé à angle droit, ce qui permet de mesurer son épaisseur, environ deux centimètres.

Pas de rougeur du dos et de l'aile du nez, pas de douleur à la pression.

La fosse nasale gauche est normale: la muqueuse correspondante de la cloison est absolument saine, pas tuméfiée, il n'y a pas trace de perforation. La pression n'est pas douloureuse.

Il n'y a aucune lésion cutanée de l'aile ou du dos du nez.

Pas d'écoulement purulent, pas de fétidité.

La rhinoscopie postérieure montre un pharynx un peu tapissé de muco-pus venant de la choane droite.

Pharynx et larynx normaux.

L'examen des poumons n'a fait déceler aucune lésion tuberculeuse aux sommets

Etat des autres organes absolument sain.

En présence de cet ensemble de symptômes, il s'agissait de faire un diagnostic avant d'en arriver au traitement, et par élimination nous fîmes celui de tumeur tuberculeuse primitive.

S'il y avait eu perforation de la cloison, nous aurions pu penser à la syphilis. Mais la syphilis tertiaire du nez se manifeste par de vives douleurs, entretient un écoulement fétide, provoque une réaction vive, attaque enfin tout le squelette du nez.

Dans le papillôme des fosses nasales, l'examen au spéculum montre des masses grisâtres, mûriformes ou en chou-fleur, et le lieu d'implantation de cette tumeur est en général sur le cornet inférieur.

Vu l'âge de notre malade, nous avons éliminé l'épithélioma; car il n'y avait pas d'histoire cancéreuse dans sa famille, et avec cette tumeur, il y aurait eu un écoulement fétide du côté de la narine affectée.

Il nous restait enfin le sarcôme qui se présente sous forme d'une tumeur rouge sombre, peu pédiculée, et à surface lisse.

D'ailleurs, nous avons aussi le microscope pour nous aider à faire notre diagnostic.

Après avoir fait pendant quelques jours de la désinfection nasale à l'huile mentholée au 1/50, on fait l'ablation de la tumeur sous l'anesthésie locale.

Nous avons employé pour cela une solution de cocaïne au 1/20, que l'on a appliquée tout d'abord sur le champ opératoire, et cinq minutes après, badigeonnage avec une solution d'adrénaline au 1/1000.

Immédiatement après, rétraction énorme du cornet inférieur et de toute muqueuse saine de la cavité nasale.

Nous avons pu ainsi enlever la plus grande partie de la tumeur avec l'anse galvanocaustique.

Le curettage de tout le tissu tuberculeux a pu être fait immédiatement après, le champ opératoire étant absolument exsangue.

Le curettage a été aussi complet que possible et n'a provoqué qu'un écoulement insignifiant de sang. Le tissu pathologique faisant saillie dans la cavité nasale rétractée, l'on a pu tout enlever. Nous avons gratté jusque sur le cartilage quadrangulaire qui était sain.

Après le curettage, nouvelle application de cocaïne et cautérisation à l'acide lactique pur, qui a provoqué une assez forte douleur.

Tamponnement assez serré avec une gaze antiseptique; l'hémorragie secondaire a dû être insignifiante, car la malade ne s'en est pas aperçue.

Pendant quelques jours pansements et cautérisations avec l'acide lactique.

Au bout de huit jours, l'épidermisation a commencé, et quinze jours après la malade était guérie.

Elle est revenue six mois après; il n'y a pas de récurrence et la muqueuse nasale est normale, il n'y a pas de perforation.

L'état général est toujours excellent.

L'examen histologique fait sur un fragment de la tumeur a montré la nature tuberculeuse de la lésion.

Nous avons fait en plus une inoculation dans le péritoine d'un cobaye. Au bout d'un mois, l'animal a été sacrifié. Il présentait des lésions ganglionnaires de la région inguinale et crurale. Les poumons, les ganglions bronchiques, le foie et la rate étaient farcis de tubercules.

On était donc bien en présence d'une tumeur tuberculeuse des fosses nasales.

ABOÈS RÉTRO-UTÉRIN. — OBSERVATION (1)

Par le Dr HENRI LASNIER, Chirurgien,

Élève de l'Institut Pasteur, des Hôpitaux de Paris et de Londres, ex-assistant chirurgien
au "London Hospital," de Londres.

Le quinze novembre 1902, un confrère de la campagne nous appelait en consultation auprès d'une de ses patientes qui, atteinte de retroflexion, pensait-il, et d'infection utérine, allait de mal en pis.

Arrivé chez lui, il nous esquissa ainsi l'histoire de la maladie:

"Mad. A... a commencé à se plaindre de douleurs dans le bas-ventre... Il y a une dizaine de jours, à être frissonneuse. Ensuite, après quelques jours, elle ne pouvait plus s'asseoir, la position assise exagérant les douleurs... J'ai fait un examen vaginal... l'utérus est très douloureux... et renversé en arrière dans le cul-de-sac postérieur. J'ai prescrit le repos au lit, ... et les injections chaudes. *Cà m'a l'air d'un utérus infecté et en rétroflexion.*"

"Il y a trois jours, les règles sont apparues, et avant leur temps. Je me suis dit: bonne affaire la situation va s'améliorer quand les règles seront finies... Mais les règles durent toujours depuis six jours et les douleurs vont toujours en augmentant. A un deuxième examen je trouve que *la tumeur du cul-de-sac postérieur est augmentée de volume et plus sensible...* et les règles continuent toujours c'est ce qui me déroute... et m'empêche de poser un diagnostic.

Tels sont les renseignements préliminaires fournis par notre confrère.

EXAMEN GÉNÉRAL.

Antécédents héréditaires: rien à noter.

Antécédents personnels: La malade est âgée de 25 ans, mariée depuis cinq ans, trois accouchements, enfants bien portants, déchirure du périnée au second degré, arrivé au dernier accouchement (2 ans). Quelques malaises du côté des organes génitaux, pertes blanches, douleurs ovariennes.

Etat actuel: Nous trouvons la malade étendue sur son lit, pou-

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 26 janvier 1904.

vant à peine se mouvoir, la figure pâle convertie de sueur, ayant peine à répondre, et se plaignant continuellement de douleurs dans les reins et dans le rectum.

Le pouls marquait 130, température 102, ce qui au dire du médecin durait depuis plusieurs jours. En découvrant la malade nous voyons qu'on lui avait mis un cataplasme chaud sur l'hypogastre... un cataplasme trop chaud, car l'épiderme était enlevé.

Le ventre était légèrement ballonné dans la région hypogastrique, et sensible à la pression profonde.

La douleur se faisait sentir dans tout le bassin. A la vue de ce ballonnement, l'idée d'une rétention d'urine me vint à l'esprit et je m'enquis de l'état de la vessie. Elle avait été sondée depuis une heure environ, par conséquent le ballonnement n'était pas causé par la rétention. Et mon collègue ajoute que la malade ne pouvait uriner sans cathétérisme.

EXAMEN VAGINAL.

La vulve est entrouverte, le paroi vaginale postérieure est proéminente, oedématiée et, très douloureuse. Il s'en écoule un sang noirâtre...

Le doigt introduit dans l'axe du vagin bute sur une masse arrondie, plutôt dure qui nous fait songer un moment, sans l'affirmer cependant, à une rétroflexion.

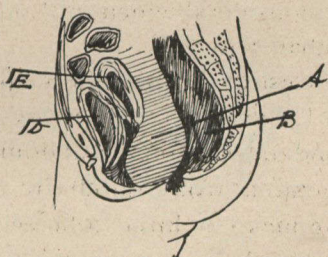
Après une recherche assez difficile et douloureuse pour la malade, nous trouvons le col... très haut derrière le pubis. Le doigt sur l'orifice du col, nous cherchons à introduire l'hysteromètre recourbé en arrière, nous arrêtant toujours à l'hypothèse d'une rétroflexion (et ayant éliminé déjà l'idée de grossesse par la température et les règles). Cette manœuvre échoua. Nous cherchons à mobiliser le col... impossible, car il est comme enclavé. Nous redressons alors l'hysteromètre et, cette fois, il est introduit de nouveau dans le col, il glisse sans effort jusqu'au fond, et nous révèle sa position. Il est accolé à la vessie et remonte très haut le long de la paroi abdominale.

Donc cette masse qui refoulait la paroi vaginale postérieure

et comblait le vagin *était autre chose que l'utérus* et l'hypothèse d'une rétroflexion devait être abandonnée.

Restait alors l'idée d'une tumeur du cul-de-sac de Douglass... solide ou liquide? Par le toucher nous constatons que la tumeur proéminait aussi du côté du rectum mais était moins dure de ce côté. Le toucher vaginal combiné avec le toucher rectal, nous donnait nettement la sensation de fluctuation.

PLANCHE I.



A. Abscès rétro-utérin ayant dissocié la paroi rectale de la paroi vaginale et faisant relief au vagin et au rectum. — B. rectum. — E. utérus. — D. vessie.

Il y avait donc, là une tumeur fluctuante remplissant le cul-de-sac de Douglass, proéminente à la vulve, au rectum, refoulant *en haut* l'utérus et la vessie, qui ne pouvait être qu'une collection purulente étant donné la température et le pouls.

La marche de la maladie, la malade s'affaiblissant de plus en plus, ses symptômes s'exagérant et remontant déjà à une dizaine de jours, indiquaient l'intervention d'urgence.

OPÉRATION.

Nous cherchons l'endroit culminant de la tumeur sur la paroi postérieure du vagin, et, limitant à peu près un demi pouce de pointe du bistouri nous ouvrons la collection sur la ligne médiane d'un seul coup, en deux temps, enfonçant le bistouri à *un* et à *deux*, élargissant l'incision. Il en sortit au moins un litre de pus très infecté, comme c'est ordinairement le cas dans les collections purulentes avoisinant l'intestin.

Pour faciliter l'écoulement du pus, une longue pince à pansement vaginal est introduite dans l'incision, et, sans déployer

de force, nous en profitons pour explorer l'étendue de la cavité. Nous constatons qu'elle s'étend très haut en arrière de l'utérus.

Ecartant les mors de la pince, nous introduisons une sonde utérine à double courant. Après un lavage de la cavité à l'eau boriquée chaude, nous plaçons un gros drain que nous entourons de gaze iodoformée.

Cette intervention avait lieu vers les onze heures du soir. Immédiatement après, les symptômes douleur abdominale, et ténésme, diminuaient considérablement. Le lendemain matin la température tombait à 99°.

Le vingt novembre, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, la malade est revue. Le drain donne encore un écoulement fétide, mais moins abondant. La douleur abdominale, à la pression, était disparue, même à droite où elle prédominait. Mais il restait, à gauche, une masse indurée, lobulée, et un peu sensible. Au toucher vaginal de ce côté, le cul-de-sac n'était pas effacé, c'est-à-dire que cette masse n'y proéminait pas. La température était revenue à la normale.

Le 29 novembre toute douleur était disparue et nous ne retrouvions plus cette masse. On nous apprend que, la veille, le drain était sorti avec la gaze iodoformée. L'écoulement était si minime que le médecin n'avait pas cru devoir réintroduire le drain. D'ailleurs l'incision était encore perméable. On pouvait y introduire une sonde utérine facilement.

Depuis cette époque, l'état de notre malade a continué de s'améliorer, et aujourd'hui elle est en parfaite santé au dire de son médecin.

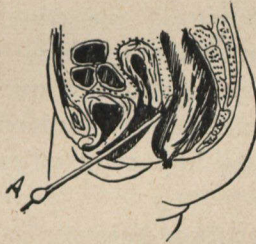
Voici deux planches dont l'une (Planche I) représente la disposition normale des organes du bassin, et l'autre, (Planche II) illustre l'observation précédente.

En comparant les deux planches nous voyons (Planche I) que la collection a refoulé l'utérus et la vessie contre le pubis. Cette disposition expliquerait-elle la rétention urinaire?

Si nous comparons cet état pathologique avec l'état normal, on voit que la cloison vaginale a été dissociée par la collection purulente jusqu'au sphincter anal. C'est ce qui explique, sans

doute, le ténesme dont se plaignait continuellement la malade. Nous voyons aussi que l'utérus étant refoulé en haut, il était impossible de l'abaisser sans courir le risque de rompre des adhérences de cette collection énorme. Seule, ici, était indiquée la colpotomie d'urgence classique, qui consiste à mettre une pince sur le col et, après cocaïnisation, à inciser couche par couche le cul-de-sac postérieur le long du col et de la paroi postérieure de l'utérus.

PLANCHE II.



A. Sonde utérine introduite dans l'incision de la paroi vaginale postérieure, après opération.
Les organes occuperont leur position normale.

Nous avons cru que cette observation intéresserait la *Société médicale* à plus d'un titre :

1° Comme exemple d'abcès rétro-utérin à symptômes très nets et très prononcés.

2° Comme démonstration, au point de vue du manuel opératoire, que les règles classiques perdent quelquefois leurs droits en présence de certaines particularités de la chirurgie d'urgence.

REVUE GENERALE

LA FIÈVRE TYPHOÏDE (1)

Par le Dr ARTHUR MASSARD, de Granby,

Secrétaire de la Société Médicale du comté de Shefford.

A côté des avantages nombreux et spéciaux que procure à ses membres l'Association Médicale du Comté de Shefford, il faut bien reconnaître aussi, qu'elle impose des devoirs auxquels il est difficile de se soustraire. Et parmi ceux-ci, je n'en connais pas de plus impérieux, il me semble, que l'obligation de faire à son égard, au moins *acte de bonne volonté*. C'est ma justification d'avoir accepté l'invitation que vous m'avez faite et pour tenter, ce soir, malgré mon incompetence, de traiter devant vous un sujet aussi important qu'est l'entité morbide typhoïde.

N'ayant pas la prétention d'ajouter quoique ce soit de nouveau à la littérature déjà si complète de la fièvre typhoïde, je m'efforcerai tout simplement de vous faire un court exposé des notions actuelles et des idées courantes concernant son *étiologie*, sa *prophylaxie*, son *diagnostic*, et son *traitement*; j'aurai atteint le but que je me suis proposé, messieurs, si la lecture de ce petit travail réussit à provoquer entre vous une discussion et échange d'idées, qui ne pourraient manquer d'être profitables à tous.

* * *

HISTORIQUE. La fièvre typhoïde semble avoir existé de tout temps, disent les auteurs. Seulement, jusqu'au siècle dernier, elle paraît avoir été confondue plus ou moins avec diverses autres maladies qui lui ressemblaient par plus d'un point. Il fallut les importantes découvertes anatomo-pathologiques de Prost, de Petit et Serres, de Bretonneau, de Louis, de Jenner et d'Andral, jointes aux brillantes études cliniques de Trousseau, de Chomel, de Brouillaud, de Budd et de Murchison pour la séparer du chaos des autres fièvres.

(1) Communication à la Société Médicale du comté de Shefford, séance du 28 janv. 1904, à Granby.

Sa véritable physionomie anatomo-clinique sortit toute formée des travaux de ces grands maîtres. Il ne manquait plus que la découverte de son origine bactérienne pour compléter sa monographie. Ce sera la gloire d'un biologiste français, Eberth d'avoir réussi en 1882, après des recherches longues autant que minutieuses, à isoler, des ganglions lymphatiques, des plaques de Peyer, du foie et des reins de sujets morts de fièvre typhoïde, un micro-organisme spécial qu'il reconnut être l'agent pathogène de la maladie. La fièvre typhoïde devint alors, ce qu'elle est encore aujourd'hui c'est-à-dire *“ une maladie générale infectieuse et contagieuse, due à l'action d'un bacille spécial, appelé bacille d'Eberth, et caractérisée par une hyperthermie à remittences matutinales, avec lésions anatomo-pathologiques intestinales toujours semblables à elles-mêmes. ”*

Voilà bien, messieurs, la maladie qui nous occupera ce soir, et dont l'importance est encore accrue à l'heure actuelle par les méfaits dont elle vient de se rendre coupable dans certaines localités de la Province de Québec, et surtout dans la banlieue de Montréal.

* * *

ÉTYMOLOGIE. Demandons-nous maintenant d'où vient cette importune visiteuse et de quelle manière elle réussit, malheureusement trop souvent, à tromper la consigne et à s'introduire dans l'organisme humain? L'aphorisme de Budd. “ Pour faire de la fièvre typhoïde, il faut de la fièvre typhoïde, en d'autres termes toute fièvre typhoïde est le produit d'une fièvre typhoïde antérieure, ” est devenu, je puis dire, un axiome médical. La fièvre typhoïde ne peut donc pas se produire spontanément. Voilà un fait qu'il faudra toujours avoir présent à la mémoire, lorsque, appelé auprès d'un patient victime du bacille typhique, il s'agira de retracer l'origine du mal. “ On ne devient typhoïdique, disent encore messieurs Brouardel et Thoinot, que pour avoir introduit dans son organisme cet agent pathogène qui est le bacille d'Eberth. ” Donc, les notions scientifiques actuelles reconnaissent que la fièvre typhoïde nous vient de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire que c'est une maladie

contagieuse ou transmissible. Or, dans toutes les maladies contagieuses le produit le plus caractéristique de la maladie est le véhicule principal du poison morbide: (Brouardel) les membranes amygdaliennes dans la diphtérie, l'épiderme desquamé dans la scarlatine, les pustules dans la variole, le flux diarrhéique dans la fièvre typhoïde. En effet, le baccille typhique émigre hors du corps presque exclusivement avec les selles. C'est par millions qu'il est ainsi répandu dans les cabinets d'aisance, dans les égouts, ou même sur la surface de la terre. Il ne lui restera plus qu'à souiller les diverses substances ambiantes qui viendront en contact avec lui, pour aller exercer ses ravages à des distances plus ou moins grandes. C'est ici, messieurs, qu'apparaît le rôle de l'eau, comme véhicule du germe typhoïque. L'eau se charge facilement du baccille typhique pour qu'elle soit un excellent milieu de service: et, l'eau étant à peu près la substance la plus employée dans l'alimentation, aura toutes les chances du monde à introduire son contagé meurtrier dans l'organisme humain.

La simple observation des faits serait plus que suffisante pour nous prouver jusqu'à l'évidence que l'eau spécifiquement souillée a été maintes fois la cause, l'agent principal de la fièvre typhoïde.

L'histoire de ces grandes épidémies, tant en Angleterre qu'en France et en Allemagne supprimées comme par enchantement par l'assainissement ou le changement des sources d'eau alimentant les villes ou les villages infectés, est connue de vous tous. Mais outre ces faits, nous obtenons, aujourd'hui, grâce aux admirables procédés d'analyse biologique, une preuve encore plus tangible du rôle de l'eau dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. En effet, la présence du germe pathogène peut être décelée dans presque toutes ces eaux que les faits d'observation ont rendus suspects. Donc, messieurs, je ne crois pas faire erreur en vous disant que l'eau est de beaucoup le principal véhicule de la fièvre typhoïde. Cependant ce n'est pas le seul. Le lait est aussi un facteur d'une certaine importance. Il peut être rendu typhoïque, dit Brouardel, de deux façons différentes. 1° en étant accidentellement ou intention-

nellement mélangé à l'eau contenant de germes typhoïdes, 2° recueilli ou manipulé par des mains chargées de germes.

L'influence de l'air est moins prouvée: l'on paraît croire qu'il n'agit qu'en charroyant les poussières, qu'elles peuvent être chargées du germe typhoïde. Les vêtements, la lingerie, en un mot tout ce qui touche aux malades peut devenir un excellent moyen de transmission; à preuve cette fréquence de la maladie chez les gardes-malades et les blanchisseuses des hôpitaux.

A côté des causes que je viens d'énumérer et que j'appellerai causes premières viennent se placer un certain nombre d'autres moins importantes peut-être, appelées causes secondaires ou adjuvantes, celles qui, favorisant l'action de la cause première, lui permettent de s'implanter plus facilement dans l'organisme. Je ne ferai que les citer, en les divisant en deux grandes classes. 1° celles qui exaltent la virulence du germe pathogène v. g. les causes cosmiques, les saisons—cette cause est évidente dans notre pays; vous savez tous comme moi que l'automne et le printemps sont les deux saisons pendant lesquelles nous rencontrons le plus de cas de fièvre typhoïde, surtout l'automne. Je serais heureux d'en connaître la véritable explication. Dans tous les cas, c'est un fait constaté. 2° les causes inhérentes au sujet lui-même, v. g. l'âge, de 15 à 35 ans: les professions les soldats, les infirmes, les égoutiers, les blanchisseuses, les fatigues, l'encombrement le surmenage; les causes psychiques: les chagrins, l'ennui etc., ce sont ces dernières causes qui font la plus ou moins grande réceptivité du sujet.

Voilà à peu près, messieurs, un résumé de ce que chacun de vous peut lire dans les différents auteurs.

Mais je me demande si cela couvre absolument toute la question. Qu'une eau, spécifiquement souillée, promène au sein d'une population qu'elle alimente les terreurs de l'épidémie, il ne viendra à l'idée de personne de douter des responsabilités. Mais, par contre, que dans un village comme *Granby*, (que je prendrai comme exemple, parcequ'il nous est plus connu) il se déclare ici et là un cas de fièvre typhoïde au milieu d'une popu-

lation en général indemne, la difficulté de mettre le doigt sur l'agent direct de la maladie apparaîtra aux yeux de tout le monde. Mes confrères, ici présents, ont, comme moi, rencontré de ces cas sporadiques, endémiques de fièvre typhoïde et je ne crois pas leur faire injure en disant qu'ils ont éprouvé les mêmes difficultés à expliquer leur étiologie. Nous avons un système d'aqueduc fournissant, du moins apparemment, une excellente eau. Nous pouvons dire avec orgueil que nous n'avons pas eu d'épidémie de fièvre typhoïde depuis longtemps. Cependant, chaque automne, nous avons l'occasion d'en traiter quelques cas sporadiques. D'où nous viennent-ils? Je vous permets de répondre pour moi.

Je crains, Mr le Président, d'avoir été un peu long sur ce chapitre de l'étiologie; je crois cependant trouver une excuse dans l'importance du sujet. Étudions bien l'étiologie des maladies et nous saurons faire de la bonne prophylaxie; c'est surtout le cas pour la fièvre typhoïde. Reconnaisant en effet que les selles des typhoïdiques constituent le véritable foyer distributeur du poison typhogène, la prophylaxie s'en emparera et aura vite fait de les rendre inoffensifs en les traitant par les désinfectants d'usage. Il en sera ainsi de la lingerie du malade. La contagion sera dès lors annihilée sur place. C'est encore la prophylaxie qui fera exécuter ces grands travaux d'assainissement dans le but de protéger les eaux de boissons contre la pollution par les matières suspectes. L'individu lui-même pourra à l'occasion faire de la prophylaxie; l'ébullition et la filtration de l'eau sont, entre ses mains, deux armes toutes puissantes pour sa protection.

La désinfection des selles et des objets souillés par les déjections des typhoïdiques, d'un côté, l'amélioration du régime des eaux de l'autre. Voilà toute la prophylaxie de la fièvre typhoïde; heureusement une prophylaxie qui s'est toujours montrée des plus efficaces.

* * *

DIAGNOSTIC. Arrive-t-il que, malgré toutes ces précautions, le bacille typhogène réussisse à s'introduire dans l'organisme.

quels seront alors nos moyens de le reconnaître le plus tôt possible?

Je ne saurais mieux faire que de citer Homolle qui a dit : " Le diagnostic de la fièvre typhoïde doit toujours reposer sur un ensemble de signes dont les plus importants sont, le mode de début graduel, l'évolution fébrile avec ses périodes successives et régulières, le dicrotisme du pouls, la tuméfaction de la rate, l'éruption de taches rosées lenticulaires (taches d'Andral) la diarrhée, caractérisée par des selles ocreuses et fétides. le ballonnement du ventre, la sensibilité et le gargouillement de la fosse iliaque droite, enfin la stupeur et les phénomènes nerveux de l'état typhoïde. " Quiconque a un tant soit peu d'expérience des allures de la fièvre typhoïde reconnaîtra facilement dans ces quelques lignes d'Homolle l'expression absolument juste des véritables données du diagnostic. Aucun des grands signes énumérés par cet auteur ne mérite d'être appelé un symptôme pathognomonique, mais leur ensemble constitue certainement un facteur quasi infaillible de diagnostic.

Jusqu'à il y a une quinzaine d'années, le diagnostic de la fièvre typhoïde dépendait absolument de l'observation de ces symptômes; depuis, il s'est enrichi d'une méthode excessivement importante pour reconnaître la présence du bacille d'Eberth.

La réaction de Fern. Widal qui, comme tout le monde le sait, consiste à traiter le sérum sanguin d'un individu suspect, par un bouillon de culture approprié, est un moyen très puissant pour aider à faire un bon diagnostic. Je ne saurais faire autrement que de conseiller à mes confrères d'y recourir le plus souvent possible, mais jamais en négligeant les données de la clinique médicale. La médecine est une science d'observation, nous ne saurions trop le répéter. Il est donc à espérer que les belles découvertes biologiques modernes, en facilitant au médecin sa tâche de diagnosticien, ne lui feront jamais mettre de côté ces méthodes d'observation clinique qui, entre les mains des Dupuytren, des Gueneau de Mussy, des Laennec et des Trousseau, ont créé la véritable science médicale. Il

ne suffit pas de connaître l'existence des microbes; il faut savoir observer et apprécier à leur juste valeur les réactions particulières qu'ils provoquent chez les individus. Autrement le médecin aura mille chances de faire fausse route.

Avant de prononcer un diagnostic, il lui faudra aussi avoir présent à la mémoire les différentes anomalies qui peuvent se présenter, et des plus importantes. A-t-on toujours par exemple cette ascension lente et graduelle de la température, cette diarrhée ocreuse et fétide, la présence des taches d'Andral? A-t-on obtenu toujours une réaction sero-diagnostic positive? Je laisse ces différentes questions ouvertes à la discussion, Mr le Président et je passe de suite au traitement.

* * *

TRAITEMENT. L'histoire médicale dira que les dernières années du XIX siècle ont été témoins d'efforts louables, autant que nombreux, faits pour obtenir la guérison des maladies, par l'action des sérums, et l'on sait avec quel succès pour quelques-unes de ces maladies! Nous sommes à peine remis de l'émotion que nous a causée la grande découverte de Behring et Roux, et cependant d'autres expérimentateurs nous promettent pour un avenir prochain des découvertes non moins merveilleuses. Espérons qu'ils ne seront pas déçus dans leurs espérances et que bientôt nous verrons la tuberculose, la pneumonie, la fièvre typhoïde, céder devant l'action bienfaisante du sérum.

1° *Sérothérapie.* Un savant français, Chantemesse, expérimente depuis quelques années, un sérum contre la fièvre typhoïde. Les résultats obtenus jusqu'aujourd'hui méritent bien qu'on s'y arrête quelque peu. En effet, à l'Hôpital Bastion sur 186 cas traités par son sérum, il n'a eu qu'une mortalité de 37%. Sur un total de 507, tant au Bastion qu'à l'Hôpital Marine la mortalité n'a été que de 6%, tandis que, dans le même temps, et dans les mêmes conditions, les Hôpitaux de Paris, où les typhoïdiques étaient traités par les méthodes ordinaires, sur son nombre total de 1500, accusaient une mortalité de 12% (Union Médicale de Montréal).

Chantemesse constate que le sérum a un effet préventif et curatif; il est important qu'il soit administré au début de la maladie. Malheureusement, messieurs, je ne sache pas que ce sérum puisse être obtenu encore dans ce pays-ci. Il faut donc se rabattre sur les autres moyens curatifs qui sont à notre disposition.

2° *L'Hygiène* vient la première à notre secours. Elle nous prescrira de placer notre malade dans une chambre vaste, débarrassée de toute tenture ou meuble inutile sur un lit étroit à sommier élastique avec matelas en crin. L'aération de la chambre doit pouvoir se faire facilement. Il faut épargner au malade une lumière trop vive, le bruit, les visites importunes etc. Il faudra l'entourer des soins de la plus minutieuse propreté. Les cheveux, la figure et les mains seront l'objet d'une attention spéciale. La position du malade ne sera pas non plus indifférente si l'on veut prévenir les plaies de lit.

Au chapitre de prescriptions hygiéniques, vous me permettrez d'en faire entrer une, que les auteurs ne mentionnent peut-être pas mais qui, j'en suis sûr a une grande importance. Je veux dire, messieurs, l'opportunité d'avoir une garde-malade intelligente et dévouée au chevet de tout patient souffrant de la fièvre typhoïde. Plus dans cette maladie-ci, que dans toute autre, elle sera un aide excessivement précieux au médecin traitant que je comparerai à la tête qui *pense et prescrit*, tandis que la garde-malade est le *bras qui exécute*. Impossible, avec nos méthodes actuelles de traitement, de se fier tout-à-fait à une personne inexpérimentée; leur mise en application demande les connaissances du métier. L'intérêt du malade exige donc, dans tous les cas où il y a possibilité de ce faire, qu'une garde-malade soit constamment à ses côtés. Il y a plus; l'opportunité de la garde-malade s'impose encore comme mesure prophylactique publique et privée. En effet, les déjections des typhoïdiques, la lingerie, les objets souillés, qui sont autant de facteurs importants de contagion, seront toujours l'objet d'une désinfection sérieuse de la part de la garde-malade; par suite, les chances de contagion seront réduites au minimum. De plus, en exemptant ainsi la mère, l'époux ou la

Traitement de la Fièvre typhoïde dans les quatre principaux Hopitaux de Montreal.

	Fièvre Tyhoïde.	Hotel-Dieu. (1)	Notre-Dame.	Royal Victoria.	Montreal General.
Précautions particulières.	Désinfection des selles, " de la lingerie, " de la bouche. " mains de la g.-malade. Pendant la maladie.	Chlorure de chaux : eau bouillante. Ébullition spéciale. Thymol, acide borique. Bichlorure de Hg. à 1-1000. Eau filtrée en abondance. Diète lactée exclusive.	Solut. de formol, chlorure de chaux. Eau bouillante. Eau salée ; formaline, chlorate de K. Bichlorure de Hg. Lait, bouillon dégraissé, bouillon à la reine ; gruau coulé ; cornstarch ; limonade citrique ; café au lait ; chocolat.	15 minutes in milk of lime. One hour in carb. solut. (1-20). Listerine, 1 Pot. chlorate. Carbolic solut. 1-20. Sometimes liquid only. Generally liquids and soft foods ; custard, cornstarch, jelly, ice-cream.	Cecoline (stools and urine). Staan Sterilizer. Glycerine, lemon, Spt. Verril Bichoride Hg. 1-1000. Rect., equal parts. Generally absolute milk diet. Occasionally albumen water, beef-tea, chicken broth.
DIÈTE	A la fin de la maladie. Quand permettez-vous le repas ordinaire ? Quand considérez-vous qu'il y a indication ?	Diète liquide, 6 à 7 jours après la disparition de la fièvre. 10 à 12 jours après la disparition de la fièvre, pourvu que la langue soit nette et l'état général bon.	Eau en abondance. La diète est la même pendant tout le cours de la maladie, excepté s'il survient des accidents. Lorsque la température prise toutes deux hrs s'est maintenue durant 5 jours consécutifs à l'état normal.	Milk toast and later thin bread and butter, and little later, fish and chicken. Not before 2 to 3 weeks after temperature has become normal	Arrowroot, custard, jelly after, few days of normal temperature. In a week, poached egg, milk toast and soft diet for a for a least 1 week to 10 days. Chicken given after 10th day. Diet gradually increased.
STIMULANTS.	Sous quelle forme et à quelle dose ? Strychnine ? Autres stimulants cardiaques.	Cognac : 180 c. c. à 250 c. c. par jour. Caféine. Ether. Pas de strychnine quand il y a température surmonté après 5 à 6 jours de la fièvre. Inj et. hypodermiques d'éther, sparteïne. Sérum artificiel.	Durant tout le cours de la maladie d'une manière générale. Cognac : 2 à 4 onces par jour. Oui. Lorsque le pouls est au-dessus de 100 ou 110—130, 3 ft. par jour. Digitaine ; solut. alc. Mialhé-Petit, 10 gouttes par jour pendant 5 jours. Sparteïne ; huile camphrée à 5 par 100 sérum artificiel. (2)	Weak and rapid pulse, cyanosis. Whiskey and brandy ½ ounce every 3 hours. Not as a routine treatment. Sometimes—gr. 1-60 every 6 h.	Pulse rapid and small if much shivering and weaker pulse after bath. Whiskey. 1-30, 3 times a day if required. Camphor, if collapse, not usual.
Traitement de l'Hyperthermie.	Employé dans tous les cas ? Quand la température atteint quel degré ? Température du bain ? Stimulants avant le bain ? Durée du bain ? Combien de longtemps après le bain consultez-vous le temps ? Bains donnés pendant la nuit ?	Pas employé.	Excepté pour les malades au-dessus de 45 ans Lorsque la température dépasse 102 Fahr. Environ 70°, 75° Fahr. Rien de spécifique. Environ un quart d'heure. Une demi-heure.	Practically in all cases. Every 3 hours when temp. is 102 ; and over. At present 95° to 75° for 10 min. Not as a routine, but we do in some cases. 10 minutes. One hour. Yes.	Practically in all cases. 102 2-50 or over. 90° to 80° ; then 80° to 70°. Not usually. 10 minutes. Immediately after the bath and then ½ hour after. Yes ; every 4 hours if required.

(1) Traitement du Dr J. J. Guérin.

(2) Dans les cas d'asystolie seulement par endo-myocardite ou autre cause.

TRAITEMENT DE L'HYPER-THERMIE.	Aut. Meth.	Autres traitements en usage pour combattre la fièvre ?	Enveloppement à l'eau glacée pendant 3 h. à 4 h. si la température dépasse 100.	Q. Q. F. le soir : 1 gram. de quinine en 2 doses, 1 h. ou 2 1/2 heures avant le coucher.	Occasionnellement cold sponging instead of bath.	Sponging, tepid water; ice water and alcohol, ice pack, good light friction after.
Employez-vous quelques antipyrétiques ?		Pyramidon, chaque fois que la temp. s'élève à 103° ou y associe un peu de caféine.		Non.	Very seldom.	No.
Diarrhée excessive.		Lavements : empois et opium.		Bismuth, au besoin.	Pill : plumbi and op. Starch enemata.	Starch enema. 1 to 2 ounces or 100 grains. Plumbi and liq. morph. m. XV-XX.
Céphalalgie ?				Rien.	Ice cap constantly.	Ice cap, nit hair if necessary.
Insomnie.		Paraldehyde, 1 c. à thé ; toutes les heures jusqu'à effet.		Bromidia : 1 à 2 c. à thé le soir.	Sometimes give small doses of Tritonal, Sulphonal, Dover's powder.	Patient generally sleeps after bath, pack and sponging.
Constipation.		Calomel 1-10 gr. toutes les heures jusqu'à effet, lavements.		Sulfate de soude, 20 gr. dans un lavement. Rarément par la bouche.	Soap suds enema every 2 to 3 hours.	Glycerine enema, soap sud enema.
Tympanite.		Glace sur le ventre ; lavements térébenthinés.		Evacuer l'intestin ; lavement froid d'eau bouillie.	Turpentine stupes.	Enema.
Hémorragie.		Adréaline XX ettes en injec. hypod. sous-cutané de biou. ; repos complet, sérum gélat., 100 gram. ; sol. 2-10°, sérum ar. tif ; opium, glace.		Repos : sac de glace en permanence sur le ventre.—suspendre tout aliment et donner à l'intérieur*.	Hypoccl. of morphin and later opium, stop nourishment and stimulants, cracked ice ; elevate foot of bed, Leiter's coil to abdomen.	Absolute rest ; ice bag to abdomen, stop feeding. Pill, plumbi and opii.
Perforation intestinale.		Repos ; opium, glace, laparotomie.		Operation ? Mortalité, 30 0/0.	Immediate operation.	Immediate operation.
Employez-vous quelques antiseptiques intestinaux ?		Non.		Oui : benzo-naphthol on l'ac. bor. à la dose de 0 gr. 50 cent. toutes les 3 ou 4 heures.	Practically never.	Not very often.
Quand permettez-vous la position assise dans le lit ?		Quand la fièvre est disparue ?		Quand la temp. prise toutes les 2 h. reste normale pendant 24 h.	About 10 days after temp. has not gone over 99°.	10 days after normal temperature.
Hors du lit.		8 à 10 jours après.		Temp. normale durant 6 à 7 j.	4 days later.	7 to 10 days after sitting up temp. 2 to 3 weeks.
Sortir.				Temp. normale, 10 jours environ ou davantage.	2 to 3 weeks after temper. normal.	
Repas ordinaire.				Temp. s normale, 6 jours.	3 weeks after temp. normal.	3 to 4 weeks.
Nombre de cas : mortalité.		12 cas traités en 1903 : nulle.		3 à 5 0/0.	Between 5 0/0 and 6 0/0 since hospital was open.	Varies in different epidemics.

* Chlorure de calcium, 9 grammes, 60 — — — — —
Sirop de sucre, 180 — — — — —
Eau, — — — — — (ou encore)
Deux cuillerées à soupe par jour.

Chlorure de calcium, 4 grammes.
Sirop d'opium, 30 — — — — —
Eau de tilleul, 120 — — — — —
Une cuillerée à soupe toutes les heures.

SYMPTOMES SPÉCIAUX.

CONVALESCENCE.

sœur de s'épuiser physiquement et moralement, nuit et jour, au chevet du malade, nous les préservons à coup sûr de la contagion. L'expérience est là pour nous démontrer, que c'est de cette manière, ordinairement, que la fièvre typhoïde fait plusieurs victimes dans une même famille.

Donc, à tous les points de vue, tant dans l'intérêt du malade, que dans l'intérêt de la famille et de la prophylaxie publique, nous devons toujours conseiller l'engagement d'une garde-malade.

Ces mesures hygiéniques étant bien comprises et les moyens de les faire exécuter bien assurés, le médecin doit se demander quelle ligne de conduite, ou plutôt quelle méthode thérapeutique il devra adopter.

Il n'a qu'à consulter ses auteurs de médecine pour y voir énoncer les bienfaits ou les méfaits d'un grand nombre de ces méthodes. Il n'aura que l'embarras du choix.

Pour moi, je vous avoue bien franchement que mon expérience personnelle ne me permet pas de vous donner une opinion catégorique. Cependant pour remplir le cadre de mon travail et pour tenir la promesse que je vous ai faite de vous parler du traitement de la fièvre typhoïde, j'ai dû tourner la difficulté. Suivant en cela l'exemple du Dr Loomis de N. Y., qui, dans le Numéro du 10 janvier 1903 du "Medical Record de N. Y., nous donne un état comparatif du traitement suivi dans les quatre principaux hôpitaux de la grande métropole américaine, je me suis adressé à nos institutions hospitalières de Montréal. Je suis heureux de dire qu'on s'est rendu de fort bonne grâce à mon désir, et qu'on a bien voulu me donner tous les renseignements demandés. J'accomplis ici un devoir, en offrant à messieurs les Docteurs LeSage de l'Hôpital Notre-Dame, Bourgeois médecin interne de l'Hôtel-Dieu de Montréal, McAuley du Royal Victoria et Turner du Montreal General, mes plus sincères remerciements pour m'avoir fourni les matériaux que je n'ai eu qu'à compiler. Je prie ces messieurs de croire à mes sentiments de cordiale gratitude.

J'éprouve, Mr le Président, une bien légitime satisfaction de pouvoir offrir ce soir à l'Association Médicale de Shefford un

résumé, sous forme de tableau, des méthodes de traitement mises en pratique dans nos hôpitaux. Et comme nous savons tous que les médecins traitants de ces hôpitaux sont des hommes de grande expérience et des cliniciens distingués, il est facile de conclure que ces méthodes sont les plus recommandables à l'heure actuelle. Ce tableau offre donc toutes les garanties d'orthodoxie médicale, c'est une feuille que chacun de nous pourra consulter avec avantage :

Le Vin Don Lorenzo est composé des extraits végétaux de la plante royale du Pérou appelée *cola acuminata*.

Par son action spéciale sur le système nerveux, qu'il stimule, il est indiqué dans tous les états *neurasthéniques* qui accompagnent l'anémie, la grippe, la fièvre typhoïde, la débilité générale et le surmenage sous toutes ses formes.

CHRONIQUE MEDICALE

FAITS DIVERS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

LA DOULEUR SOUS XIPHOIDIENNE DANS LA DILATATION DE L'ESTOMAC (1). — L'auteur, frappé de l'existence d'une douleur de siège constant dans la dilatation de l'estomac en a étudié systématiquement les caractères. Elle se localise dans le creux épigastrique au-dessous de l'appendice xiphoïde. Pour la rechercher, il faut, dit Clado, appliquer la pulpe du pouce, le doigt tenu verticalement, au-dessous de l'appendice, et comprimer les tissus progressivement et profondément. Au cours du trajet effectué par le pouce, le malade se plaindra, à un moment donné, spontanément. Si le malade ne se plaint pas, il faut attirer son attention et lui demander si "on ne lui fait pas mal."

Pour bien s'assurer que la douleur est réelle, on exercera avec le pouce la même pression progressive sur d'autres points de l'épigastre, et le malade se rendra compte de la différence. Partout l'estomac reste indolore sauf au-dessous de l'appendice xiphoïde. Au point de vue pathogénique, cette douleur serait causée par une névrite du *plexus gastrique*, dont les rameaux rayonnent sur toute la surface de l'estomac, d'origine infectieuse à point de départ stomacal.

Cette douleur demeure, s'accroît ou disparaît avec la dilatation de l'estomac. Et ce signe a une grande importance au point de vue clinique. Alors que l'introduction dans l'estomac d'une certaine quantité d'eau est nécessaire pour mettre en évidence le clapotage habituel dans ces cas, la douleur xiphoïdienne nous renseigne sur l'état de la maladie car elle est la dernière à disparaître dans la guérison de la dilatation. Donc, ce qu'il faut retenir des caractères de cette douleur, c'est sa *constance* et son *siège*.

Enfin, suivant Clado, un des meilleurs moyens de la faire disparaître consiste dans l'emploi des *courants continus*, qui agissent à la fois sur la sécrétion, les fermentations, l'atonie et la musculature de l'estomac.

(1) Clado, dans le *Progrès Médical*, 25 décembre 1903.

* * *

SUR LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'OREILLE, ET EN PARTICULIER DU VERTIGE AURICULAIRE PAR LA RACHICENTÈSE. — M. Babinski a établi dans des travaux antérieurs que le vertige voltaïque, c'est-à-dire artificiel, agit sur l'oreille interne et que la ponction lombaire le modifie très heureusement. Depuis il s'est demandé si ce moyen n'agirait pas très efficacement sur certaines maladies de l'oreille.

C'est une opération inoffensive qui n'aggrave jamais l'état des malades et qui a donné de beaux résultats entre ses mains. Des trois symptômes essentiels, vertige, bourdonnement, surdité, le *vertige* est le plus notablement influencé par la rachicentèse.

Sur 32 malades atteints de vertige auriculaire caractérisé, 21 ont été ponctionnés avec un succès tout-à-fait remarquable; quelques-uns des malades souffraient depuis de nombreuses années, qui sont guéris depuis des mois à la suite d'une seule ponction.

Le *bourdonnement* a été plus rebelle par 30 sur 90.

La *surdité* est réfractaire 1 par 7. Il rapporte des cas de guérison surprenante à la suite de l'opération au point que ces malades entendaient distinctement la voix à plus de deux mètres.

Les résultats sont nuls dans les cas de surdité complète.

En raison de son innocuité, dit Babinski, cette opération doit être tentée chez tous les malades atteints d'affections auriculaires, dès que le traitement local s'est montré inefficace.

* * *

TRAITEMENT DE L'ASTHME. — Il est toujours utile de se remettre en mémoire les points importants du traitement de l'asthme à cette époque-ci de l'année.

M. Laubry (1) fait une revue de la question. Il faudra d'abord soigner la diathèse et ménager certains symptômes qui sont de véritables phénomènes de suppléance.

En second lieu, il faut supprimer les causes occasionnelles externes: climat, température, poussières, aliments; et les causes occasionnelles internes, tumeurs ou lésions des voies

(1) *Tribune Médicale*, 1904.

naso-pharygiennes les lésions utéro-ovariennes etc. Et l'auteur expose au long le traitement de l'accès proprement dit.

(a) ACCÈS. — 1° *Inhalation*. A l'approche de l'accès le malade pourra, sur le conseil de Dieulafoy fumer le *datura stramonium* dans une pipe. Les inhalations de nitrite d'amyle sont dangereuses, la *pyridine* est préférable: on en verse quelques gouttes sur une assiette pour aspiration directe, ou 5 à 6 grammes " si on veut créer dans la chambre une atmosphère favorable au malade. "

2° *Injection*. La *morphine* à la dose de 1 centigramme est un remède souverain contre la suffocation. *Mais il faut se garder de la laisser à la disposition des malades; l'asthme, lorsqu'il se répète, engendre très fréquemment la morphinomanie.*

3° *Injections*: On conseille avec avantage de donner la potion suivante:

Teinture de lobélie.....	1 gramme.
Sirop de morphine.....	20 —
Eau laurier-cerise	10 —
Eau de laitue	90 —

(b). INTERVALLES DES ACCÈS. — 1° *Pour asthme non compliquée*. Le médicament de choix est l'*iodure de potassium* (1) dont la dose doit être proportionnée à la tolérance du malade: 0 gr. 25, 0 gr. 50, 1 à 2 grammes par jour avec périodes de repos. On recommande beaucoup la célèbre formule de Green.

Iod. de potassium.....	8 grammes.
Tr. de lobélie	} à à 25 gr.
Tr. opium camphrée	
Décoction de polygala	100 gr.

Jusqu'à deux cuillerées à soupe par jour.

Dieulafoy recommande la *belladone* qu'il fait alterner chaque semaine avec l'iodure.

Extrait de belladone	} à à 0 gr. 01 centig.
Extrait de jusquiame.....	
Poudre de réglisse, q. s. pour une pilule.	

Une deux fois par jour.

(1) Nous recommandons de toujours spécifier le français ou le Merck pour prévenir les éruptions qui accompagnent les iodures de qualité inférieure. — (A. L.)

Le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour est un succédané de la belladone.

Dans les cas de dépression nerveuse, on donne l'arsenic, soit sous forme du liqueur de Fowler à la dose progressivement croissante de 20 gouttes par jour, soit l'arsenate de soude.

Arsenate de soude..... 0 gr. 10 centig.
Eau distillée..... 300 grammes.

Une à deux cuillerées à bouche par jour.

Contre la diathèse on donne les sels de soude; bicarbonate et benzoate à la dose de 0. g. 50 centigrammes trois fois par jour.

(c) 2^o Pour asthme compliqué: s'il y a bronchite aiguë on luttera par les moyens ordinaires ventouses, etc.

LA PONCTION LOMBAIRE DANS LA CÉPHALÉE DES BRIGHTIQUES. — MM. Legain et Guiard (1) de Paris font une revue de cette question augmentée d'observations personnelles.

M. Marie dans ses cas personnels avait émis l'hypothèse que la céphalée des brightiques était due non-seulement à l'intoxication mais aussi à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien: ce qui expliquerait le soulagement produit dans les cas qu'il a observés.

Cependant cette théorie d'œdème cérébral par hypertension n'est pas très en faveur, on semble plutôt se rallier à celle de l'auto-intoxication, le liquide céphalo-rachidien étant intoxiqué, comme l'a démontré un auteur français, Castaigne.

Dès lors, il devient plus facile d'expliquer comment la soustraction d'une certaine quantité de liquide fait disparaître momentanément, au moins, les céphalées chez les brightiques. La ponction lombaire agirait comme la saignée dans l'urémie; et M. Babinski a rapporté le cas d'une malade chez qui la céphalée disparaissait régulièrement pendant trois jours après le flux menstruel.

La quantité du liquide soustraite varie entre 8 à 10 c. c. Chez le malade observé par ces auteurs on fit un total de sept ponctions à des intervalles variant de 15 jours à 1 mois, en soustrayant chaque fois 12 à 15 c. c.

(1) *Pr agrès Médical*, octobre 1903.

Et ces auteurs concluent :

Que nous avons, dans la ponction lombaire, une ressource précieuse contre la céphalée persistante des brightiques quand tous les autres modes de traitement ont échoué; que cette ponction peut être répétée sans danger plusieurs fois de suite à des intervalles de quinze jours à un mois; qu'elle n'est suivie d'aucun trouble, à condition, bien entendu, d'être faite *aseptiquement* et pratiquée avec une aiguille fine et piquant bien, comme le recommande M. Sicard (1). Le malade devra garder pendant deux ou trois heures le décubitus horizontal.

* * *

L'OPOTHÉRAPIE RÉNALE. — Dans une récente communication à l'Académie de Médecine M. Renaut a affirmé que la macération de rein est une médication très active contre l'insuffisance urinaire. Son effet diurétique est *immédiat et intense*. Prolongée suffisamment, cette médication ramène l'émission urinaire à la normale.

Cette méthode réduit sûrement l'albumine émise par le rein insuffisant, tout en le remettant en pleine activité. Elle permet donc, dans une certaine mesure, la réparation de l'épithélium glandulaire.

Il y a là une méthode antitoxique au premier chef; *l'antitoxine* consiste dans les *préproduits de la sécrétion glandulaire des cellules épithéliales des tubes contournés à bordure en brosse*.

R. Dûbois a montré que *cette antitoxine n'est pas détruite* par son passage dans le tube digestif; elle y exerce de véritables effets de désintoxication. D'un autre côté, elle peut provoquer de petits accidents subtoxiques (prurit, urticaire, miliaires, embarras gastrique, etc.).

L'action antitoxique est progressive et régulière; c'est ainsi que l'hypertension artérielle, le galop, la tendance du cœur à une dilatation passive terminale, rétrogradent à la suite d'une action suffisamment prolongée.

L'application de l'opothérapie rénale doit être faite au début, non exclusivement, mais concurremment aux autres méthodes actuelles.

(1) Voir UNION MÉDICALE, août 1902.

Le principal inconvénient de cette méthode réside dans une nécessité de préparer quotidiennement la dose de la journée; inconvénient largement compensé par l'espoir de sauver le malade.

—M. Chantemesse ne pense pas qu'il s'agit d'une antitoxine au sens propre du mot; il se produit plutôt une action particulière, analogue à ce qui se passe dans l'opothérapie thyroïdienne, aboutissant à une excitation d'éléments endormis dans le rein et prêts à fonctionner sous cette influence.

Enfin, comme l'a justement dit M. Renaut, le rein n'est pas un simple filtre; Berthelot l'a déjà montré par d'intéressantes recherches, quand il remarquait le pouvoir réducteur de l'urine, liquide prenant son origine dans le sang oxygéné.

J.-A. LESAGE.

Le Vin Don Lorenzo est particulièrement recommandé, à cause de ses qualités médicinales, dans la convalescence de la grippe, où il remplace avec avantage les stimulants alcooliques dont on abuse trop souvent.

REPRODUCTION

LE TRAITEMENT DES ENTORSES

Par le Dr H. MORESTIN
Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

On a parfois l'occasion d'examiner le malade très peu de temps après l'accident, de lui fournir une assistance pour ainsi dire immédiate, circonstance particulièrement favorable pour prévenir toute conséquence fâcheuse. Plus souvent, le traitement ne peut être commencé que le lendemain, le surlendemain ou les jours suivants. Le sang épanché a eu tout loisir de s'accumuler dans les synoviales, ou de s'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire, et un travail de réaction inflammatoire plus ou moins accusé a commencé à se manifester dans le foyer de l'entorse et dans tout son voisinage.

Enfin, dans quelques circonstances, on observe les conséquences de l'accident, et c'est tardivement que commence la thérapeutique rationnelle. Or, les indications ne sauraient être les mêmes dans ces circonstances différentes.

Au début, il faut calmer la douleur et prévenir l'infiltration sanguine ou en arrêter les progrès. Un peu plus tard, il est nécessaire d'amener la régression de ces épanchements, ou d'en assurer l'évacuation, de restituer à la région sa forme, sa souplesse, et d'empêcher toute complication. Enfin, quand on a affaire à des lésions relativement anciennes, c'est surtout à ces complications que l'on a affaire. Il s'agit de lutter contre les raideurs, les atrophies, les douleurs persistantes. Nous avons souligné déjà l'importance de cette notion, en montrant que le pronostic était bénin ou grave selon que le traitement était précoce ou retardé.

Théoriquement, toutes les entorses sont justiciables des mêmes procédés thérapeutiques, mais toutes les régions ne se prêtent pas également aux applications d'une méthode générale, et, dans la pratique, des préceptes, excellents pour une jointure, sont pour une autre d'une très médiocre valeur.

Nous allons donc examiner d'abord les diverses manières de comprendre le traitement des entorses, puis nous prendrons quelques exemples parmi celles des principales jointures, pour mieux préciser les indications des moyens les plus répandus et les plus efficaces.

On a fait autrefois une large place aux *topiques* dans le traitement de l'entorse. Quelques-uns procuraient un certain soulagement, en tant qu'ils refroidissaient la région, ou au contraire élevaient sa température. En dehors de l'effet obtenu ainsi indirectement, leur action était strictement nulle. Ce sont là des pratiques tombées en désuétude et à juste titre.

Les *agents physiques* peuvent, au contraire, rendre de grands services. Le froid et le chaud ont été employés, et, actuellement encore, ne doivent pas être écartés du traitement des entorses. On conçoit d'ailleurs qu'il y ait bien des manières de soumettre une région à l'action du chaud ou du froid. L'immersion dans l'eau chaude ou froide est le moyen le plus simple quand la région le permet. Pour l'entorse commune du pied, le traitement par l'eau froide a été très vanté. Baudens a fait sienne cette méthode. Selon une formule toujours citée, il conseillait de laisser le pied dans le bain froid aussi longtemps que "le malade s'y trouvait bien." Dans sa pratique, cette balnéation continue durait deux, trois jours et davantage. Il appliquait ensuite un appareil compressif et immobilisant.

Il est inutile d'insister sur ces pratiques désuètes, consistant à baigner ou irriguer pendant des jours entiers la région malade. Il y a de telles incommodités dans cette manière de faire, que personne ne songe plus à infliger aux malades ces longs ennuis, d'ailleurs partagés par ceux qui les entourent. Il est certain que l'immersion dans l'eau froide procure un soulagement assez rapide de l'intense douleur du début; mais les souffrances reparaissent quand le pied est retiré de l'eau.

Si le bain peut être prolongé pendant plusieurs heures, c'est une ressource utile. Autrement, c'est un expédient dont il faut user en attendant mieux, dans les pays chauds, ou ici pendant la saison chaude, un bon moyen provisoire, surtout si l'on peut tremper le membre endolori dans une eau courante, qui fait en même temps un doux massage prolongé.

Mais il y a mieux, et tout d'abord *l'eau chaude*, qui amène aussi une sédation très marquée, et dont l'efficacité paraît plus grande. Il n'y a qu'avantage à en retirer. C'est d'ailleurs, à notre avis, le meilleur préliminaire à toute manœuvre manuelle dirigée sur la région.

Si pour le pied et la main ces bains chauds ou froids sont, question de propreté mise à part, des moyens lents dans leur action, et d'une application un peu pénible du moment qu'elle n'est pas très temporaire, leur indication se restreint singulièrement, se supprime même pour les autres régions, sauf la possibilité des bains prolongés dans l'eau courante, merveilleuse ressource de la médecine tropicale. Mais on peut créer autant une atmosphère froide ou chaude autour d'une région quelconque, à l'aide de vessies de glace par exemple, ou au contraire de sacs imperméables remplis d'eau chaude, ou de sable chaud, voire même des cataplasmes. Ce sont là, pensons-nous, des ressources excellentes dans les entorses du genou, de la hanche, surtout comme premiers soins avant l'institution d'un traitement définitif, dans les heures qui suivent l'accident.

Le traitement essentiel et vraiment curateur comprend les *moyens mécaniques* destinés à exprimer les tissus, à les débarrasser du sang et de la lymphe épanchés, des exsudats et infiltrations consécutives. Les moyens précédemment énumérés n'ont en réalité qu'une faible action. Ils sont surtout analgésiques, palliatifs. A peine peut-on concevoir qu'ils modifient l'activité circulatoire, et, par là, favorisent la résorption des liquides épanchés.

Mais l'organisme abandonné à lui-même, ou faiblement secondé par cette stimulation fonctionnelle des tissus, n'a à sa disposition que des procédés de lenteur, ne peut s'exonérer qu'à la longue.

Les moyens mécaniques sont puissants, rapides et d'une efficacité telle qu'il faut les placer au premier plan dans le traitement des entorses.

Parmi ces moyens, le plus ancien est la *compression*. Avant l'emploi de la ouate, c'était un procédé détestable, douloureux, difficile à tolérer, dangereux même.

Avec l'appareil ouaté, la compression devient une méthode de douceur, aisément supportée, sans être illusoire. La compression ouatée a donné de très beaux succès, elle chasse du tissu cellulaire le sang mort devenu corps étranger, prévient l'œdème. Elle est donc efficace, plus ou moins selon les régions, selon qu'elle peut être appliquée rigoureusement ou non.

Le plus sérieux reproche qu'on puisse lui adresser aurait certes beaucoup surpris la plupart de ceux qui l'ont préconisée, c'est qu'elle condamne la partie malade à l'immobilité complète.

C'était précisément là un de ses plus précieux mérites aux yeux de ses promoteurs. Or, l'immobilité prolongée dans les traumatismes articulaires fermés est une des plus grandes erreurs de la chirurgie.

Comme procédé exclusif, la compression ouatée est actuellement un traitement insuffisant; il se justifierait seulement par l'impossibilité d'avoir recours au massage ou à la bande élastique, qui sont les principales ressources dont nous disposons. Appliqué dans l'intervalle des bains, des séances de massage, l'appareil ouaté est un supplément thérapeutique qui n'est nullement à négliger. Il maintient efficacement le résultat obtenu et contribue même pour sa part à l'assouplissement des tissus et à la libération du tissu cellulaire et des sacs synoviaux. Avec la compression ainsi comprise, l'immobilité est discontinuée et ces interruptions, même brèves, suffisent à en atténuer les mauvais effets.

La *bande élastique* est, à notre avis, le plus parfait moyen d'obtenir la résorption du sang et de la lymphe épanchés, de la sérosité et des exsudats.

Marc Sée, qui nous l'a fait connaître, expliquait son action si heureusement efficace en admettant qu'elle agissait de la même manière que le massage tout en laissant le membre dans l'immobilité. Ce dernier point lui paraît aussi essentiel que l'autre.

Or, précisément un des grands avantages de la bande élastique, c'est de ne pas créer une immobilité absolue, de laisser aux surfaces articulaires la possibilité de modifier leurs contacts, aux tendons de glisser dans leurs coulisses, de permettre, en un mot, quelques mouvements ou ébauches de mouvements. Il n'en faut pas davantage pour sauvegarder la fonction. D'ailleurs, l'application de la bande n'est pas continue; il est indispensable, quand elle est restée quelques heures en place, de l'ôter pour la laver et laver ou baigner la partie enveloppée; autrement la sueur s'accumulant sous la bande devient fétide, et les téguments s'irritent.

Il n'est pas mauvais de laisser le membre libre pendant quelques instants, et de permettre alors au malade d'exécuter les mouvements qui ne sont pas douloureux.

Quelques précautions sont nécessaires pour appliquer la bande, qu'il faut placer bien régulièrement sans serrer. La pression est facilement trop forte; il convient d'y veiller, et de laisser au malade l'autorisation d'ôter lui-même sa bande, si elle est difficile à supporter. Dans ce cas, elle n'aura pas été correctement appliquée; le sujet ne doit pas souffrir; il doit subir une sorte de *massage insensible et continu*.

Toute différente est la pratique qui consiste à exprimer brusquement les tissus en ischémiant le membre. Cette pratique, conseillée par Folet (de Lille), nous paraît mériter la plus complète réprobation. Le massage ischémique de Larger nous semble aussi une mesure trop violente. La bande élastique doit rester un procédé de douceur, le moyen de douceur par excellence. On doit par propreté, sinon par conviction, l'associer toujours à la balnéation intermittente chaude ou froide, ou encore aux bains chauds et au massage, comme l'enseigne M. Reclus pour les entorses du pied.

Le *massage*, contrairement au précédent moyen, auquel il faut renoncer pour les articulations de la racine des membres, est d'une application très générale. D'un emploi bien ancien, entre les mains des empiriques, le massage a été longtemps méconnu par les chirurgiens de profession. Cette ignorance voulue de ses résultats merveilleux dans les traumatismes a pris fin vers le milieu du siècle dernier, grâce aux efforts de Bonnet, Girard, Lebatard, Estradère, Elleaume, etc.

Actuellement, personne n'en veut plus contester les bons effets, et peut-être même a-t-on quelque tendance à tomber dans l'exagération inverse.

Le traitement manuel de l'entorse est beaucoup plus simple que ne le laisseraient supposer certaines publications. En aucune branche de l'art il n'est plus facile d'arriver promptement à la maîtrise. Le massage comprend une série de manœuvres destinées à assouplir les tissus engorgés, à en chasser les liquides stagnants, les éléments anatomiques nécrosés, tout particulièrement le sang mort et aussi à réveiller la vitalité plus ou

moins engourdie des muscles, tendons et ligaments, à stimuler les fonctions de la peau, et à augmenter l'activité circulatoire. Ces manœuvres ne doivent pas être conduites au hasard, mais il est complètement inutile d'en multiplier les règles, et d'en rendre la théorie plus compliquée que la pratique. Les manœuvres consistent en pressions plus ou moins localisées, plus ou moins prolongées et faites pendant un temps variable. Pour les exécuter on utilise tantôt la main, tantôt le pouce, tantôt la paume, tantôt les quatre doigts. Certains masseurs utilisent plus volontiers le bord cubital, ou le pouce. C'est le droit de chacun de choisir sa manière et de masser selon son goût, mais on va trop loin si l'on veut considérer ces variantes individuelles comme des procédés originaux. Il en est de même des attitudes qu'il convient d'imposer au patient et des substances destinées à faciliter le glissement des mains. Il y a là des choses que chacun peut modifier et comprendre à sa manière sans rien changer à la méthode elle-même.

Les pressions doivent être *graduelles*, toujours *centripètes*, et *jamais douloureuses*. Au début d'une séance de massage elles doivent être très légères et très superficielles; il faut habituer peu à peu la région malade au contact des mains, et augmenter peu à peu la durée des contacts, l'insistance dans la pression. Il importe aussi d'exercer une pression large, et de commencer sur les limites du gonflement, de se rapprocher progressivement du siège des lésions, des parties tuméfiées, meurtries et douloureuses. La douceur dans les mouvements doit être extrême: Ces frictions douces, patientes, superficielles, rassurent le malade, lui donnent confiance, et le préparent aux temps suivants plus importants. Elles ont une action analgésique très nette, engourdissent la sensibilité, rendent la peau tolérante, et permettent d'accentuer les pressions. C'est une période *préparante* en quelque sorte, pendant laquelle le massage très superficiel a surtout une action *sédative*.

Graduellement les mains pèsent un peu plus, passant, repassant, ensemble ou l'une après l'autre, toujours de l'extrémité vers la racine du membre, comme pour refouler dans une direction centripète les liquides extravasés. Plus on va, plus les mouvements doivent se particulariser; on s'occupe successive-

ment de certaines gouttières où le gonflement est plus considérable, on s'efforce d'obtenir l'évacuation des gaines tendineuses, des synoviales, ou encore de suivre le trajet des principaux muscles, saisissant, palpant les corps charnus. Les hématômes sont peu à peu écrasés, les infiltrations séreuses ou séro-sanguines chassées vers d'autres territoires, *épanchés* dans les mailles du tissu cellulaire loin du foyer traumatique. Le massage a été *évacuateur*.

Plus tard, il sera utile encore et aidera à la restauration fonctionnelle contribuant à rendre aux parties molles leur souplesse, leur vitalité, leur tonicité. Il agira alors comme *stimulant physiologique*.

Le massage ne comporte en rien l'emploi de la force. C'est *une série d'actes de douceur, agissant par leur répétition prolongée*. Sous aucun prétexte on ne saurait admettre qu'il soit permis, par exemple de faire éclater les synoviales sous la pression des mains, de réduire brusquement des lésions sanguines, de passer outre aux cris du patient, etc. Ce sont là des formes barbares du massage réprouvées par la chirurgie.

Prenons comme exemple l'entorse du pied. L'accident est tout récent, la douleur est encore très vive, mais le gonflement modéré. A la partie dorsale et externe du cou-de-pied commence à se dessiner une large voussure au niveau de laquelle les téguments offrent une teinte sombre ou bleuâtre sans que l'ecchymose ait eu le temps de se montrer. Le massage pratiqué à ce moment donne des résultats presque merveilleux; l'infiltration étant limitée, le sang extravasé encore liquide et facile à refouler, les tissus environnant le foyer encore sains. Voici comment il faut s'y prendre: Le pied, préalablement baigné, étant placé commodément tant par rapport à l'opérateur qu'au point de vue du malade, oindre abondamment de vaseline (sans mélange d'aucun ingrédient d'aucune sorte) d'abord les mains du masseur, puis la partie malade, et toutes les régions voisines. Commencer par des frictions superficielles sur la jambe, de bas en haut, en avant, en dehors, en arrière, puis sur les bords du pied, la face dorsale, finalement et plus doucement encore glisser sur la partie tuméfiée où la douleur est maxima. On augmente lentement, très lentement les pres-

sions, passant, repassant la main droite appliquée de toute sa surface, allant du dos du pied, vers le cou-de-pied et la jambe, tandis que la main gauche maintient le talon.

Dans la région endolorie la sédation survient graduellement sous l'influence de ces douces frictions. Insensiblement on augmente la pesée des doigts sur les tissus engorgés. Tantôt le pouce, tantôt les autres doigts rapprochés suivent les gouttières rétro-malléolaires, comme pour les évacuer, faire cheminer de bas en haut leur contenu.

En dedans et en dehors du paquet des tendons extenseurs, on tâche, surtout avec le pouce, de déprimer les parties infiltrées, comme pour retrouver et faire réapparaître les creux qui y sont normalement.

C'est ce qui arrive; peu à peu, on voit diminuer la tension des parties. Elles étaient dures et tendues; elles s'assouplissent, se relâchent, semblent se modeler sous les doigts. Les saillies des malléoles redeviennent d'abord tangibles, puis visibles, si elles étaient complètement noyées déjà dans la tuméfaction, elles se précisent et se détachent nettement, si elles n'étaient qu'incomplètement voilées. Le patient, de son côté, sent diminuer la gêne atroce qui paralysait ses mouvements. Spontanément ou sur votre ordre, il fléchit et étend les orteils, puis le pied sur la jambe. Il éprouve une détente, et c'est dans le calme le plus complet qu'il laisse s'achever la séance.

Les mains, les doigts, repassent toujours de bas en haut, vidant, exprimant le tissu cellulaire, poursuivant dans les creux, les interstices tendineux et musculaires, les anfractuosités périarticulaires, les restes de l'épanchement séro-sanguin.

Au bout de dix, quinze, vingt minutes, le cou-de-pied a repris l'aspect normal, il ne présente plus qu'une légère sensibilité au niveau du foyer d'attrition. Les mouvements sont possibles dans une étendue presque normale. Le malade constate avec surprise qu'il peut se tenir debout, marcher même. Dans les cas peu graves, la guérison peut être, dès ce moment, complète et définitive. Des succès de ce genre ont fait la réputation de nombreux rebouteurs, et comment ne serait pas favorablement impressionné le malade qui arrive impotent et douloureusement estropié, et en peu d'instantes cesse de souffrir.

frir et s'en retourne valide, ayant retrouvé tous ses mouvements. C'est là un miracle à la portée de chacun.

Le même moyen, toujours très efficace, l'est moins et surtout moins promptement s'il n'est appliqué que le lendemain ou le surlendemain, et d'autant moins qu'il est plus tardif, mais la technique demeure la même.

On le voit, nous n'avons fait aucune place à l'*immobilisation* dans le traitement des entorses. La doctrine de l'immobilisation fut longtemps officielle. En ce qui concerne les traumatismes articulaires, elle a été une erreur funeste et particulièrement tenace. Pour les entorses, il faut le reconnaître, l'immobilisation, toujours inutile, est presque toujours nuisible. Il ne faut pas, il ne faut plus jamais enraidir les jointures à propos des entorses, en les fixant dans des appareils.

D'autre part, le traitement des entorses par les *mouvements communiqués*, employé autrefois par de rares chirurgiens, n'offre aucun intérêt si la thérapeutique doit se borner là. Sauf quelques rares circonstances où l'on suppose le déplacement d'un ménisque, l'interposition d'un débris ligamentaire, ces mouvements n'ont d'autre résultat que de faire souffrir le blessé.

Toute différente est la pratique qui consiste à faire exécuter des mouvements, d'ailleurs modérés et graduels, au cours d'une séance de massage, ou comme complément de celle-ci, ou encore pour juger de son efficacité.

Il résulte de cet examen critique des méthodes applicables au traitement des entorses que les *topiques* sont à peu près complètement inutiles, que les *agents physiques* employés seuls ont une valeur très médiocre, et que les uns et les autres doivent être dans l'état actuel considérés comme de simples adjuvants des *moyens mécaniques*. On peut les combiner, comme l'indique M. Reclus, pour l'entorse du pied : bains d'eau chaude, massage, bande élastique. Cette heureuse association est encore possible pour le coude, le poignet. Si l'on croit à l'action bienfaisante du chaud ou du froid, il est encore assez facile de joindre leur action à celle du massage pour le genou, l'épaule, la hanche, en couvrant la région de vessies remplies de glace ou d'eau chaude, selon son goût, ou encore si l'on ne répu

point d'utiliser les choses surannées des cataplasmes froids ou chauds.

Nous avons rapproché à dessein le massage et la bande élastique. Ils agissent à peu près de même dans le cas particulier que nous visons le traumatisme récent d'une articulation. L'indication fondamentale est pareillement remplie, c'est-à-dire l'évacuation du tissu cellulaire, la diffusion, l'épandage du sang mort, de la lymphe et de la sérosité extravasées. Or, ce résultat est obtenu tout aussi bien par la bande. Dans les traumatismes récents, nous la préférons quand la région s'y prête, et cela à cause de la simplicité de son application, et de l'économie de temps qu'elle représente. La bande produit, en réalité, une sorte de *massage automatique*, d'une puissance extrême à cause de sa continuité. C'est le *massage sans masseur*; dans nos services encombrés, dans la clientèle pauvre, ce mérite au moins est indéniable. Donc, les tissus emprisonnés sous la bande, et soumis à sa pression constante se dégagent, s'affaissent, se vident des produits qui les encombrement, et cela lentement, graduellement.

Comme d'une articulation à l'autre les conditions thérapeutiques diffèrent notablement, nous allons pour finir indiquer sommairement comment, dans notre pratique, nous appliquons à chaque jointure les méthodes précitées.

Pour le pied, dont les entorses variées sont si fréquentes nous nous bornons généralement aux bains chauds et à l'application d'une bande élastique enveloppant le membre depuis les orteils laissés libres, jusqu'à mi-jambe. La bande n'est pas serrée; il suffit de tendre légèrement le ruban élastique en l'enroulant. En deux ou trois jours, le malade est guéri. Il s'agit des entorses sérieuses que nous voyons à l'hôpital, en général, au plus tôt, plusieurs heures après l'accident. Dans le cas exceptionnel où l'entorse est toute récente, le massage, immédiatement pratiqué, guérit le malade immédiatement. C'est le massage d'urgence, devant lequel ne doit pas reculer l'interne de garde zélé et aimant les malades. Quand nous avons affaire à une entorse restée sans traitement pendant huit ou dix jours, nous associons le massage, en séances courtes et répétées, à l'action de la bande, et aux bains, mesure de propreté, à la-

quelle l'emploi de la bande commande de veiller plus encore que dans l'hygiène ordinaire. Le même traitement est applicable sans modification au poignet et au coude, à cela près que la balnéation est moins importante.

L'entorse du genou offre cette particularité que l'épanchement articulaire est presque toujours considérable, tandis que les épanchements péri-articulaires sont insignifiants. Le massage nous paraît ici presque toujours contre-indiqué, bien qu'on en ait dit. Si la lésion est récente, il convient d'évacuer sans délai l'hémarthrose. Au lieu de tourmenter la synoviale par de violentes pressions, il faut tout simplement vider sa cavité par une ponction. C'est une opération inoffensive qui ne doit jamais être retardée. Un trocart ordinaire est pour cet usage le meilleur de tous les instruments.

L'article vidé, un pansement ouaté compressif est appliqué pendant quarante-huit heures; puis on met la bande élastique, le malade est laissé au lit pendant huit jours, mais, loin d'immobiliser le membre, on lui recommande de faire sans crainte tous les mouvements qu'il voudra.

Quand l'épanchement est très modéré, la bande est appliquée immédiatement. Si la lésion n'est pas récente, on combine la compression élastique du genou, avec la faradisation ou la galvanisation du triceps et le massage de la cuisse. Le massage du genou lui-même nous paraît toujours inopportun.

À la hanche et à l'épaule, le massage est le seul bon traitement des entorses récentes. Pour la hanche, le cas est vraiment bien rare. L'épaule est, au contraire, assez fréquemment le siège de lésions considérées comme entorses. Eh bien! le massage précoce prévient les conséquences, trop souvent désastreuses, de ces traumatismes. La bande élastique est inapplicable. Quand le traitement par le massage n'a pas été appliqué dès le début, il est beaucoup moins efficace, et cette différence est bien plus marquée que pour toutes les autres grandes articulations. La tendance aux raideurs est telle, que si les malades ont laissé huit ou dix jours avant de se faire traiter, je n'hésite pas à établir un appareil à traction continue pour lutter contre cette tendance, appareil qui est laissé en place quelques heures dans la journée, et à faradiser le deltoïde, dont on sait la déplorable tendance à s'atrophier.

CORRESPONDANCE

MALADIES CONTAGIEUSES ET DÉCLARATION OBLIGATOIRE (1)

M. le Rédacteur,

Voulez-vous m'accorder un "brin" d'hospitalité dans votre excellente Revue pour vous causer un peu, à vous et à tous vos lecteurs, de choses d'hygiène.

J'ai eu la douleur de perdre, il y a quelques jours à peine, un petit malade de diphtérie chez un client que j'estime beaucoup. Ce bébé de deux ans poussait à vue d'œil et les parents, avec raison, en étaient fiers; lorsque sa mère pour lui faire prendre l'air le conduisit un jour chez une dame amie. La jeune maman crut remarquer de l'étrange dans cette maison où elle allait de temps à autre. Son amie semblait mal à l'aise, comme si quelque chose l'ennuyait beaucoup sans qu'elle osât s'en ouvrir à sa visiteuse. Cette dernière fut peinée d'apprendre que son amie avait un enfant souffrant d'une légère indisposition.

Après les doléances et les souhaits d'usage, elle retourna chez elle. Quelques jours après, le petit R... devint subitement indisposé mais sans grand fracas, son humeur changea: de gai il devint triste, indolent. Le lendemain, même état, et, en plus, la peau chaude, le teint pâle et inappétence complète. Appelé le jour suivant, je trouve mon petit malade, l'air renfrogné, de méchante humeur, avec une fièvre de 102° F. Rien du côté de l'intestin ni des poumons, mais l'examen de la gorge me permet de faire facilement le diagnostic de *diphtérie*. Les deux amygdales et le voile du palais sont couverts de fausses nombreuses gris-sale. Je pratique immédiatement une injection de sérum anti-diphtérique, et je mets l'enfant dans sa chambre isolé complètement du reste de la famille. Son petit frère bébé de 9 mois reçoit à titre préventif une injection de sérum et j'attends les événements.

(1) Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur cette lettre. On y verra que le public n'est pas le seul coupable de la propagation des maladies contagieuses. Il trouve malheureusement dans les médecins d'aides complaisants qui ne péchent pas toujours par désintéressement. Contrairement à ce que se donne volontiers à penser notre correspondant, nous croyons que c'est l'exception. Par contre, nous approuvons pleinement le plan qu'il suggère de confier au chef de famille le soin de déclarer qu'il y a eu de la diphtérie. Le médecin n'est pas un commissaire enquêteur. Cette fautive position est une des causes des ennuis contre lesquels on tonne, et il serait temps de la modifier dans le sens indiqué dans cette lettre. — N. D. L. R.

Le lendemain le petit malade a du jetage et un engorgement marqué des ganglions sous-maxillaires. Je lui pique une nouvelle dose de sérum. Le jour suivant un mieux sensible, le jetage diminué, fièvre disparue et l'enfant semble plus éveillé. Ce mieux se continue et son pharynx, la veille de sa mort, était totalement nettoyé—quatre jours après la première dose de sérum antidiphthérique. Le lendemain, l'enfant, qui avait passé une nuit assez agitée, paraissait se bien porter, lorsqu'au cours de sa toilette il se rejette, en se raidissant, dans les bras de sa mère, sa respiration devient difficile, et il meurt. Je mis sur son certificat de décès :

Cause première: diphthérie.

Cause immédiate: myocardite toxique.

Et vous me demandez, sans doute, ce que je désire maintenant. Si je vous disais d'abord, que le père de l'enfant en veut à mort au médecin qui traitait chez la dame que sa femme est allée visiter, vous devineriez, j'en suis sûr, que l'enfant *légèrement indisposé* était atteint de diphthérie, dont il est mort lui aussi et que le confrère, par complaisance maudite, s'était bien gardé d'en aviser le Bureau de Santé qui aurait placardé la porte de la maison du petit malade. Aurais-je tort de conclure que mon client n'aurait pas perdu son enfant si Mr le Docteur X... avait écouté sa conscience au lieu de s'en laisser imposer par des préjugés qui ne devraient plus exister, et fait *placarder* la maison de son client. Ce *placard* aurait chassé les visiteurs, la mère de mon petit malade comme les autres, et il y aurait aujourd'hui un deuil de moins.

Mais la sainte routine a pris le dessus une fois de plus, voilà tout!

Comment remédier à ce misérable état de chose qui prévaut encore beaucoup et qui paralyse tous les efforts de notre Bureau de Santé municipal pour enrayer la marche des maladies contagieuses dans notre ville? En d'autres termes: qui faut-il accuser et blâmer dans ce bris à ciel ouvert de notre règlement municipal? Tout le monde! oui tout le monde est coupable: les parents, les médecins et enfin le Bureau de Santé!!

Les parents devraient, il me semble, avoir un peu moins d'esprit étroit et surtout ils devraient hésiter avant de prendre

la lourde responsabilité d'exposer leurs amis à la mort ou, pour le moins, aux ennuis que comporte le traitement d'une maladie contagieuse dans une famille. C'est le temps de crier bien haut que l'amour du prochain n'est pas un vain mot : que l'esprit de solidarité qui doit lier entre eux les individus d'une même société, d'une même ville, doit les guider dans leurs actions de citoyens responsables. Pour certaines gens, le *placard* du Bureau de Santé est un déshonneur, une horreur qui est excellente pour les autres seulement. Il est grandement temps que cette mesquinerie disparaisse et fasse place à plus de largeur d'idée chez nos gens.

J'ajoute qu'il se fait beaucoup de progrès vers cet idéal, surtout dans la classe instruite, à l'encontre des familles d'ouvriers où les préjugés ridicules règnent encore !

Nous devons travailler à éclairer le peuple sur les dangers et les modes de propagation des maladies contagieuses. Quand je dis nous, je m'adresse à tous les médecins. Ne nous appartient-il pas, en effet, de faire ce travail de tous les moments ?

Le médecin de famille doit s'efforcer, à chaque cas de maladie contagieuse, de faire ressortir, aux yeux des parents, les grands dangers de contagion pour leur entourage ; les morts qui peuvent en résulter au sein de familles amies. Si chaque médecin discutait sérieusement le *pour et contre* de notre loi municipale, avec les parents de leurs petits malades, ceux-ci (c'est mon expérience) finiraient par se rendre à son opinion et autoriseraient l'affichage du Bureau de Santé. Au lieu de cela, le médecin, trop souvent, n'en dit pas un mot ou plutôt s'empresse d'avertir la famille qu'il les estime trop pour avvertir le Bureau de Santé, qu'ils n'ont qu'à se taire et que tout va s'arranger pour le mieux. Conséquemment pas ou peu de précautions autour du petit malade pour ne pas donner l'éveil aux visiteurs et visiteuses et, naturellement, pas de désinfection de la chambre après guérison ou mort du malade. Dans le cas de mort, le médecin met sur le certificat : broncho-pneumonie ou autre blague semblable ; le corps reste exposé trois jours ; puis, viennent les funérailles publiques, et le tour est joué. C'est simple n'est-ce pas ? Ce confrère est sacré grand homme et ses dames clientes le recommandent chez leurs amies : " Il est si

aimable, vous savez, ma chère, jamais il ne déclare les maladies contagieuses pour nous éviter le *placard* du Bureau de santé." C'est si ennuyeux en effet de ne pas recevoir ses amies ou de ne pas faire des visites! Que de potins perdus!!

Mettez le tablier, chers confrères, et passez les glaces, ces dames reçoivent...!

Sursum corda! à bas la veulerie et soyons des hommes Soyons dévoués pour nos petits malades et charmants pour leurs père et mère mais pas plus, n'est-ce pas?

Et le Bureau de Santé, me dites-vous, qu'en faites-vous? Le Bureau de Santé est, pour moi, le plus grand coupable, et je m'explique.

Si vous demandez aux confrères qui ne font pas affaire avec le Bureau la raison de leur conduite, ils vous répondront, invariablement, qu'ils se sont fait prendre une fois par les officiers de santé et qu'ils n'en veulent plus. Poussez plus loin votre interrogatoire et ils vous apprendront (je suppose que vous ne le savez pas) que les Inspecteurs de Santé sont des gâte-sauces qui ont comme devise (on le dirait vraiment) d'embêter le plus possible la famille du malade et son médecin. Ces braves gens examinent les malades sans la permission du médecin traitant, et, pour passer en petits savants critiquent le diagnostic ou le mode de traitement suivi; ils font parfois des remarques blessantes à l'adresse du médecin de famille et finissent souvent par être grossiers envers les parents. Je n'invente rien et le tableau ci-dessus est plutôt la règle que l'exception. J'avoue que ce n'est pas bien encourageant de faire de la médecine avec des semblables parasites dans les jambes. J'admets tout! Cependant, j'affirme que ce n'est pas une raison pour négliger de déclarer nos maladies contagieuses.

Vous admettez avec moi que:

1° Le Bureau de Santé est une institution nécessaire et même la plus importante de notre municipalité;

2° Que, *per se*, la déclaration des maladies contagieuses est indispensable au bon fonctionnement de ce Bureau pour le plus grand bien du public.

Renversez ces deux propositions et vous aurez l'anarchie: les épidémies se succéderont parce que les foyers n'auront pas été circonscrits, puis éteints.

Vous m'accordez donc un Bureau de Santé et une loi qui oblige à la déclaration des maladies contagieuses.

Je ferai remarquer en passant, que notre conseil municipal ne compte pas assez de médecins parmi ses membres. Nous aurons, c'est vrai, le Dr Dagenais comme président du Comité d'Hygiène pendant les deux ou trois années à venir; mais ce confrère réussirait encore mieux dans les réformes qu'il se propose de faire s'il était secondé par quelques autres collègues médecins. Ce comité devrait s'adjoindre deux ou trois médecins de la ville qui prendraient part aux délibérations et auraient droit de vote; il n'en aurait que plus d'autorité auprès du Conseil et serait plus respecté par le public.

Si vous me le permettez je vais donner ici le texte de la loi municipale qui se rapporte aux maladies contagieuses avec les obligations qu'elle nous impose:

Sec. 37. Tout médecin qui a sous ses soins dans les limites de la Cité un malade atteint de la petite vérole, des fièvres typhoïdes, de la diphtérie ou d'une autre maladie dangereuse et pestilentielle, doit, dans les vingt quatre heures, en faire un rapport au Bureau de Santé, avec le nom du dit malade, la rue et le numéro de la maison où tel malade est soigné.

Sec. 38. Les maîtres d'hôtel, de maison publique ou de pension, ou les occupants d'une maison d'habitation ou autre bâtiment dans la Cité de Montréal, dans lequel se trouve quelque malade atteint de la petite vérole, des fièvres typhoïdes, de la diphtérie ou d'une autre maladie dangereuse et pestilentielle, doivent en faire rapport au Bureau de Santé dans les vingt quatre heures après que la dite maladie contagieuse et pestilentielle aura fait son apparition.

Voilà les fameux règlements si souvent violés dans notre bonne ville.

J'ai dit pourquoi les familles et les médecins ne voulaient le plus souvent pas se conformer à ces règlements; qu'il me soit permis maintenant de les discuter, et d'en proposer de meilleurs. Actuellement le médecin, et, à son défaut, le chef de famille, est forcé de prévenir le Bureau de Santé chaque fois qu'il a sous ses soins un cas de maladie contagieuse, sinon l'un et l'autre sont passibles d'une amende assez forte.

Immédiatement, je me demande pourquoi on nous met là-dedans? Pourquoi imposer au médecin la nécessité de se rendre désagréable à ses clients? Pourquoi sommes-nous obligés de téléphoner, d'écrire ou d'aller personnellement au Bureau de Santé déclarer que tel de nos clients a dans sa famille un cas de maladie contagieuse? Nous avons bien assez d'ennuis à propos du traitement, etc., sans que l'on nous charge d'une besogne que le père ou un membre de la famille peut facilement faire. Allons-nous au Bureau de Santé lorsqu'un malade meurt? Non! et le malade défunt n'en est pas moins enterré. Pourquoi, alors, ne nous bornerions-nous pas à délivrer aux parents de nos diphtéritiques, etc., un certificat qu'ils seraient obligés, sous peine d'amende, de porter au Bureau de Santé? Pourquoi, en un mot, ne pas retrancher l'article 37 du règlement municipal et laisser subsister l'article 38, en le modifiant légèrement? Et, pour nous protéger vis-à-vis du Bureau de Santé, chaque fois que le chef de famille intentionnellement ou non n'ira pas porter notre certificat à ce Bureau, nous pourrions exiger sa signature sur un talon, comme preuve du plein exercice de notre devoir.

Je propose la forme de certificat suivant:

Montréal,190	Montréal,190
REÇU de M. le Dr.	Je, soussigné, certifie que M.
un certificat attestant que M.	habitant N°, rue
est atteint de	est atteint de
.....	(Signature du médecin traitant.)
(Signature du parent.)
.....	

Au verso de la partie détachée que les parents reçoivent, il serait facile d'y imprimer l'article du règlement qui se rapporte aux maladies contagieuses avec les obligations qui incombent à celui qui reçoit ce certificat.

De cette manière le médecin serait protégé et surtout il ne serait pas abaissé au rang d'un délateur comme il l'est actuellement.

Messieurs les membres du Bureau de Santé, si vous aimez à

faire de la saine besogne, si vous voulez savoir réellement le nombre de diphtéritiques, de scarlatineux, etc., qu'il y a chez nous, l'occasion est bonne et faites vite !

Mes intentions sont si bonnes, monsieur le Rédacteur, que vous me pardonneriez, j'espère, mes longueurs et surtout les remarques un peu sévères que j'adresse à tout le monde, membres du Bureau de Santé compris. Je voudrais vous voir embrasser cette cause et venir en aide aux praticiens qui, comme moi, exercent leur profession dans les quartiers populeux au milieu de gens remplis de préjugés et de mauvaise volonté.

Votre serviteur,

UN ABONNÉ.

SOCIÉTÉS

L'ASSOCIATION MÉDICALE DU COMTE DE SHEFFORD

Séance du 28 Janvier 1904 à Granby

Présidence de M. le Dr PHELAN, de Waterloo.

Les membres de cette Société se sont réunis à Granby, jeudi le 28 janvier dernier. La séance fut présidée par M. le Dr Phelan, Président actif; les autres membres présents étaient les Drs Pagé et Vaillancourt de Waterloo; Cowley, Mathieu, Blunt, Martin, Huot, Verdon et Lessard de Granby.

Avant de procéder à l'ordre du jour, M. le Président fait remarquer la présence, à la réunion, de trois confrères de Montréal, les Drs De Lotbinière-Harwood, J. E. Dubé et J. A. LeSage. Au nom de l'Association Médicale de Shefford, il souhaite la plus cordiale bienvenue à ces messieurs et les remercie d'avoir bien voulu se rendre à l'invitation du Secrétaire. De plus il les prit de se croire absolument *at home* et d'avoir l'obligeance de faire bénéficier l'Association du fruit de leur expérience et de leur science médicale, en prenant part aux différentes délibérations de la soirée.

I. Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

II. Mr le Dr H. Larose de West-Shefford est admis membre de l'Association Médicale du Comté Shefford.

III. LECTURE ET DISCUSSION DE TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

Le Dr Lessard donne lecture d'un travail sur le " Fièvre typhoïde " ou plutôt sur l'*Étiologie la prophylaxie, le Diagnostic et le traitement de la fièvre typhoïde* (1). Il s'efforce de donner un court exposé des notions actuelles et des idées courantes concernant cette très importante maladie. L'eau, le lait, l'air et les objets souillés par les déjections des malades sont justement présentés comme étant les facteurs étiologiques principaux de la fièvre typhoïde.

La désinfection des selles des patients souffrant de fièvre typhoïde d'un côté et l'amélioration des sources d'eau d'alimentation de l'autre, constituent les vraies mesures prophylacti-

(1) Ce travail est publié plus haut.

ques. Le diagnostic s'inspirera toujours de l'observation et de la juste interprétation des grands signes de la fièvre typhoïde et que tous les médecins connaissent.

L'analyse du sang, méthode Recamier-Widal, est un aide puissant pour reconnaître le bien fondé du diagnostic clinique. Pour remplir le cadre de son travail, le Dr Lessard a eu l'idée de compiler dans un petit tableau les données de traitement obtenues des quatre principaux hôpitaux de Montréal. Hôtel-Dieu, Notre-Dame, Royal Victoria, Montreal General. Ce tableau donne au complet un état comparatif du traitement suivi dans ces quatre institutions.

DISCUSSION.

M. le Dr LESAGE donne quelques mots d'explications sur la méthode de traitement suivie à l'Hôpital Notre-Dame. Les selles et les urines sont toujours très soigneusement désinfectées; le col de la vessie est la partie de l'organisme qui retient le bacille d'ebert le plus longtemps après la maladie. Les typhoisants sont nourris le plus possible, mais naturellement avec des aliments appropriés. Les bains sont donnés à 70° F. Les antiseptiques intestinaux sont employés quelquefois, leur efficacité cependant n'est pas bien démontrée par la clinique. Quand toutes les conditions sont favorables, les malades obtiennent la permission de partir de l'hôpital, 10 à 12 jours après la défervescence complète. Le Dr LeSage n'est pas partisan d'une thérapeutique médicamenteuse trop active, il a une grande confiance dans l'hydrothérapie comme base du traitement de la fièvre typhoïde. Il croit aussi que le séro-diagnostic devient positif dans tous les cas; mais il faut le rechercher avec patience, jusque, même dans la convalescence.

Dr COWLEY: croit pouvoir dire qu'à Granby la méthode de Brand n'est jamais employée, à cause de son mode d'application presque impossible dans la clientèle de campagne. Le traitement qu'il fait suivre à ses malades est à peu près celui: Hyperthermie combattue par les lotions froides alcoolisées diète généreuse: lait, bouillon, eau albumineuse; il donne des stimulants alcooliques dans la plupart des cas; il donne aussi la quinine à dose tonique, toutes les 4 heures et souvent une limona-

de citrique ou une petite dose d'ac. nit mur. dil. aussi toutes les 4 heures. N'emploie plus maintenant les antithermiques ni les désinfectants intestinaux. Permet le repas ordinaire 12 à 15 jours après la défervescence.

Dr DUBÉ: Insiste sur la nécessité de nourrir les typhoïdants; les petites réactions fébriles constatées pendant la convalescence, alors que le sujet tente de prendre des aliments solides, sont uniquement causées par cette abstention trop prolongée de substances alimentaires généreuses. L'estomac se révolte et rompt ainsi l'équilibre physiologique. Ses idées sur le traitement général de la fièvre typhoïde sont celles-ci: Conditions hygiéniques favorables; chambre, lit, garde-malade, etc., repos physique et moral absolu; hydrothérapie appropriée, diète abondante, pas de médicaments si possible; jamais au grand jamais, d'antithermiques à base "coal-tar" il n'approuve pas non plus les fortes doses de quinine; il croit qu'attendre deux à trois semaines après la défervescence complète pour permettre les aliments ordinaires peut être préjudiciable à la convalescence. Il demande aux membres de la Société Médicale de Shefford s'ils ont eu l'occasion de traiter la fièvre typhoïde chez les enfants. Il croit que la maladie est plus difficile à reconnaître chez l'enfant. Il a eu l'avantage de le rencontrer chez un enfant de 4½ mois et chez un autre de 18 mois. Chez l'un des cas, il y a eu une véritable éruption de taches rosées, généralisée sur tout le corps.

Dr VAILLANCOURT: dit qu'il a actuellement sous observation un enfant de 3 ans qui présente absolument tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Là aussi, il existe une véritable pluie de taches rosées, étendue sur tout le corps.

Le Dr MARTIN, LEE W., parle des accidents graves qui peuvent se présenter tardivement après une attaque légère de fièvre typhoïde; il a observé dernièrement un cas qui a fait une hémorragie mortelle huit jours après la défervescence complète, alors que rien au monde pouvait le faire prévoir. Il est positif à dire que la diète était absolument appropriée à l'état de convalescence dans lequel se trouvait le malade.

Dr LESSARD: croit à l'existence d'une union clandestine du bacille d'Eberth et avec quelqu'autre microbe inconnu, et cela

dans bien des cas; à preuve ces formes atypiques de fièvre typhoïde. Il a eu l'avantage d'observer huit de ces cas, dans la même famille, et qui ont présenté les particularités suivantes: début brusque (les malades rentraient d'emblée dans leur fièvre) constipation opiniâtre dans six de ces cas; absence de taches rosées dans quatre cas, symptômes nerveux très intenses avec une température plutôt peu élevée. Il y a eu rechute dans sept de ces cas. La réaction Widal, consultée deux à trois fois pendant la maladie, a toujours été négative. S'agissait-il alors simplement de pseudo-typhoïde ou para-typhoïde espèces nosologiques dont parlent quelques fois nos journaux de médecine?

IV. Mr le Dr Lee W. Martin accepte l'invitation que lui fait l'Assemblée de préparer son travail pour la prochaine réunion.

V. *Questions d'intérêt professionnel:*

M. le Dr Pagé, représentant du district de Shefford dans le bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens, fait rapport qu'à la dernière assemblée du Bureau, il aurait voulu proposer un amendement à l'Acte Médical, à l'effet de réduire le nombre des Gouverneurs. Mais Mr le Président l'a prévenu que les amendements aux Statuts n'étaient pas dans l'ordre dans le moment, le bureau ne devait s'occuper d'abord que des amendements aux Règlements. La question a donc été forcement remise. Il espère cependant que la mesure sera approuvée par la grande majorité du Bureau. Il croit que la profession, d'une manière générale, est en faveur d'une diminution du nombre de Gouverneurs.

VI. *Affaires diverses:* Le Secrétaire donne son rapport financier qui est approuvé à l'unanimité.

Sur proposition du Dr Verdon, appuyée par le Dr Mathieu l'art. 5 des Règlements de l'Association est amendée de telle sorte qu'à l'avenir les réunions aient lieu en mai et octobre au lieu de janvier et juillet.

Avant de clore la séance Mr le Dr Mathieu désire exprimer le plaisir et l'encouragement que procure aux membres de l'Association Médicale de Shefford la présence de trois distingués confrères de Montréal. Il adresse aux Drs Harwood,

Dubé et LeSage les remerciements les plus sincères pour avoir pris une part aussi active aux délibérations de l'assemblée. C'est grâce à votre concours, dit-il, si notre petite réunion a été aussi intéressante et aussi instructive.

Mr le Dr Dubé, au nom de ses compagnons, se dit excessivement flatté des bonnes paroles du Dr Mathieu. Il apprécie hautement l'avantage qu'il a eu d'assister à une séance de l'Association Médicale du Comté de Shefford. Il se dit agréablement surpris de constater la bonne besogne qui s'y fait; félicite tous les membres et les encourage de continuer à s'intéresser aussi efficacement à leur petite société médicale. Soyez assurés, dit-il, que vos confrères de Montréal garderont, avec une excellente impression du caractère tant scientifique que sociale de votre réunion, des sentiments de cordiale gratitude pour le bienveillant accueil que vous leur avez fait ce soir.

On décide que la prochaine réunion aura lieu à Waterloo au mois de mai prochain.

Et la séance est levée.

L.-A. LESSARD M. D.,
Secrétaire.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 26 janvier 1904

Présidence de M. VALIN.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

COMMUNICATION.

I. — M. DUBÉ donne lecture d'un travail sur *la syphilis et la tuberculose*, au point de vue de l'influence que peut avoir une de ses affections sur l'autre dans leur évolution.

M. Dubé ne fait pas subir de traitement antisypilitique à ses syphilitiques tuberculeux—ils ne traite que les accidents immédiats (sera publiée en mars.)

DISCUSSION

M. DEMARTIGNY prie M. Dubé de vouloir bien continuer l'étude du diagnostic des différentes lésions syphilitiques tuberculeuses. Il cite quelques cas où un diagnostic certain a été très difficile à établir.

M. LECAVELIER rapporte l'observation d'un malade qui présentait des signes de syphilis pulmonaire sans bacilles tuberculeuse et chez qui, à l'autopsie on a trouvé des lésions de syphilis pulmonaire et une caverne tuberculeuse contenant du bacille de Koch.

M. ALPHONSE MERCIER partage l'opinion de M. Dubé quant au traitement des syphilitiques tuberculeux. Il ne faut donner à ces malades du mercure que juste pour parer aux accidents immédiats de leur syphilis.

Il cite l'observation d'un malade syphilitique depuis 12 ans et qui est en train de devenir tuberculeux.

M. VALIN insiste sur les dangers du traitement antisypilitique pour les tuberculeux et sur l'importance qu'il y a de bien examiner les poumons de nos malades avant des mettre au mercure ou à l'iode.

RAPPORTS.

II. M. LASNIER donne lecture d'une observation d'*abcès rétro-utérin*, (voir plus haut).

DISCUSSION.

M. DEMARTIGNY n'est pas en faveur du catéthérisme utérin dans les cas d'infections abdominales avec symptômes graves.

Il rappelle que la forme et la localisation de la tumeur auraient pu faire penser à une hernie de l'intestin derrière le cul-de-sac postérieur. Dans ces cas il faut ouvrir avec prudence, et il est préférable de suivre la méthode d'incision sur le bord inférieur du col utérin au niveau de l'insertion vaginale.

M. ALPHONSE MERCIER fait remarquer que chez la malade dont M. Lasnier rapporte l'observation, on aurait peut-être pu penser aussi à un utérus gravide en rétroflexion et enclavé, étant donné la forme et la dureté de la masse.

M. DUBÉ parle aussi sur le diagnostic de l'utérus gravide avec les tumeurs peri-utérines, dans le cas présenté, il n'aurait pas hésité à faire une ponction capillaire pour reconnaître la nature du contenu de la tumeur, car, chez la malade présentée par M. Lasnier il y avait d'autres signes qui pouvaient permettre d'éliminer la grossesse.

Séance du 9 Février 1904

Présidence de M. VALIN.

Les notes de la dernière séance sont lues et adoptées.

RAPPORTS.

I. — M. St JACQUES présente une observation de *fracture de la rotule* traitée par la suture métallique, avec, comme résultat, restauration complète de tous les mouvements du membre.

M. St Jacques a fait l'encerclement de la rotule et donne a préférence à cette méthode parce qu'elle permet une coaptation plus complète des fragments osseux, et qu'elle évite l'effritement des os que produit souvent la perforation (sera publié en mars.)

DISCUSSION.

M. DEMARTIGNY se prononce aussi en faveur des sutures osseuses dans le traitement des fractures de la rotule. Il est d'opinion qu'avec une asepsie rigoureuse on peut obtenir d'aussi bons résultats qu'avec l'antisepsie jointe à l'asepsie.

M. DUBÉ rapporte l'histoire d'un malade qui a subi à deux époques différentes une fracture de la rotule et chez qui le traitement par les appareils et l'immobilité a laissé une quasi ankylose de genou.

Il avait conseillé à ce moment une intervention chirurgicale qui avait été refusée.

Il croit que son malade pouvait encore bénéficier d'une suture de sa rotule.

M. RICARD, sur les résultats obtenus par la méthode de la suture dans les vieilles lésions, cite le cas d'un jeune homme traité pendant huit mois pour une fracture de la rotule causée par un coup de hache sans résultats appréciables et chez qui une suture osseuse pratiquée par M. A. Brodeur a rendu tous les mouvements à la jambe.

II. M. LESAGE présente une observation d'*hystéro-épilepsie chez l'homme*. Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui fut pris de crises épileptiformes à la suite d'une peur, au chiffre de 20 par jour. L'étude du malade, admis dans le service de médecine de l'hôpital Notre-Dame, lui permit de reconnaître l'existence d'une hystérie manifeste au point de vue des troubles de la sensibilité cutanée, comme le démontrent les diagrammes présentés par M. LeSage.

On fit un traitement exclusivement suggestif. Les attaques diminuèrent rapidement et au bout de trois semaines le malade guéri depuis quelque temps retournait dans sa famille où il a toujours continué de se bien porter depuis. (Ce travail sera publié en mars).

M. DUBÉ attire l'attention des membres sur le fait que l'hystérie est plus commune chez l'homme qu'on le croit. Et cette observation en est une preuve évidente.

Séance du 23 Février 1904

Présidence de M. VALIN.

Les minutes de la dernière séance sont lues et adoptées.

PIÈCES ANATOMIQUES.

I. — M. CORMIER, au lieu de pièces pathologiques, présente un modèle de corset à la collé fait de lanières de toiles soutenues par des lames d'acier disposées en différents endroits, et

moulé sur un buste en plâtre qui est la reproduction exacte du buste d'une de ses malades actuellement sous traitement. Ce corset est fermé par des œillets et peut être enlevé le soir.

Il applique ce corset dans les cas de *déviatio*n* latérale rotatoire*: position vicieuse observée chez les jeunes filles de couvent ou chez les jeunes gens des collèges. L'habitude qu'ils contractent de tenir le bras et l'épaule droite appuyés sur un pupitre ou sur une table, tandis que la main gauche repose sur une cuisse, amène cette déformation particulière. Il essaie de la corriger par des exercices gymnastiques ou par des positions diamétralement opposées, c'est-à-dire: bras gauche soulevé et appuyé sur la table ou le pupitre, et bras droit reposant sur la jambe. Lorsque ces exercices ne suffisent pas, il applique le corset.

M. Cormier fait remarquer qu'il ne fait pas usage de ces corsets à la colle chez les personnes qui transpirent, il préfère, dans ces cas, l'aluminium qui est léger.

DISCUSSION

M. FOUCHER demande si des mesures spéciales ont été prises dans nos maisons d'éducation, pour prévenir ces déformations du squelette et aussi pour empêcher l'apparition de la myopie.

Il mentionne le fait que M. Rolland de Toulouse a imaginé un appareil désigné sous le nom d'*optostat intégral* qui prévient, à la fois, les positions vicieuses et l'apparition de la myopie. Il se propose d'en produire le modèle au prochain congrès.

M. O. MERCIER. Il est partisan du corset de M. Cormier, mais, entre ses mains, il n'a donné qu'un résultat médiocre. Est-ce dû à la technique ou à autre chose? . . . il ne saurait le dire. Il admet, cependant, qu'il est plus avantageux que le corset de plâtre, à cause de sa légèreté, mais il a le grand inconvénient de se ramollir très vite, chez des malades qui transpirent beaucoup, en jetant une odeur désagréable. Sur ce point le plâtre lui est préférable. De fait il l'a abandonné pour le corset plâtré ou le corset de cuir. Ce dernier est propre, léger, durable, plus malléable et inodore.

Quant au vice de position, il le corrige ou le prévient en conseillant l'usage du pupitre à plan incliné.

M. MONOD partage l'opinion de M. Cormier sur le corset fait à la colle.

Le corset de cuir n'est pas parfait. Il a, chez les riches, l'avantage de pouvoir être changé à volonté en payant la forte somme au manufacturier; mais il a l'inconvénient de céder très rapidement. Au bout d'un mois le cuir s'imprègne de sueur; il se ramollit et n'atteint plus le but proposé. Au surplus, il est lourd: chose importante à prendre en considération chez les enfants.

Le reproche que l'on adresse aux corsets de plâtre ou à la colle n'en est plus un si l'on considère qu'il est important de les changer de temps en temps, au fur et à mesure que le malade s'améliore. Alors que l'on hésiterait à le faire autrement, on s'empresse d'écouter les avis du médecin d'autant plus que le corset jette plus d'odeur, et le malade en bénéficie. M. Ducroquet, de Paris, fait des corsets dont le moulage est très bien réussi; mais il évitait difficilement les stries intérieures et il avait des ulcérations dans quelques cas.

Il imagina alors de fabriquer des corsets en celluloïde. Ils sont très légers mais on leur reproche d'être inflammables: ce qui est un désavantage chez les enfants pauvres qui se tiennent souvent près du poêle.

M. ST-JACQUES est de l'avis de M. Cormier. Il a vu ce procédé préconisé en Allemagne. Il insiste sur le traitement par la gymnastique auquel répond parfaitement un appareil américain dont il cite le nom.

M. DUBÉ est surpris que ces cas de déformation soient si rares malgré le matériel défectueux de nos maisons d'éducation et de nos écoles. Il demande 1° si le vice de position doit être seul incriminé; 2° si la guérison complète et définitive de ces cas est possible?

M. CORMIER en réponse, affirme que l'odeur n'existe pas si on emploie la colle française.

Le celluloïde ne laisse pas passer l'humidité du corps, le plâtre, au contraire, l'absorbe.

Le cuir se ramollit rapidement, et est très dispendieux. Il lui préfère l'aluminium si on a soin de fenêtrer le corset afin de faciliter l'évaporation de l'humidité du corps.

Le vice de position n'est pas le seul à provoquer la scolie, il y a aussi le vice de constitution, la polyomyélite, le rachitisme etc. . .

La guérison est longue et difficile; mais elle est possible, il en a observé des cas qui lui sont personnels. Sayres, de New-York, a obtenu des guérisons par la simple suspension et la gymnastique physiologique (respiration).

M. VALIN dit qu'il fait actuellement une enquête dans nos principales maisons d'éducation dans le but de faire un travail sur la question. Il dit que si ces cas nous semblent rares, c'est que l'inspection médicale n'existe pas, car elle nous révélerait l'existence fréquente de ces déformations.

RAPPORTS

I. — M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre de l'association des peintres décorateurs de cette ville demandant à la *Société Médicale* de mettre à l'étude la question " de la nécessité qu'il y a, au point de vue hygiénique, d'enlever les vieux papiers et de laver les murs avant d'en poser de nouveaux. " Un comité composé de MM. Valin et Fortier est nommé avec prière de faire rapport à l'une des prochaines séances.

II. — M. DUBÉ rapporte une observation personnelle de *pyo-néphrose* chez une femme de 34 ans. Sa maladie date de plusieurs années. A la suite d'une fièvre puerpérale elle est prise de douleurs dans les reins suivies à bref délai d'hématuries intermittentes. En juin dernier elle passait des urines chargées de pus. Le rein est douloureux à la palpation; les urines sont rares et très chargées. Cette femme s'est refusée à toute intervention chirurgicale.

Il institue le traitement médical: régime lacté, repos, *huile de harlem* 6 gouttes trois fois par jour. La diurèse augmente; il augmente l'huile de harlem à 12 gouttes trois fois par jour; les urines atteignent deux litres par jour.

En juillet elle a une attaque de colique néphrétique. . . ? Il remarque en passant que ces crises apparaissent à chaque époque menstruelle.

Il cesse l'huile de harlem: il donne l'*urotropine* et il associe les deux médicaments quelques jours plus tard. L'amélioration

se continue; la malade engraisse: de 118 lbs au début elle pèse 122 lbs. La malade n'est plus revue jusqu'à ces jours derniers. Son poids est de 119 $\frac{3}{4}$. Elle a fait des crises d'anurie et de polyurie: elle a eu quelques contractions cloniques dans les jambes; ses urines contiennent du pus en grande quantité.

M. Dubé a conseillé à la malade de se soumettre à une opération qui la débarrasserait probablement de tous ces ennuis. Elle refuse, mais il espère que, peu à peu, il pourra la convaincre.

Néanmoins, il croit que le traitement médical peut rendre de réels services à ces malades lorsqu'elles se refusent à toute intervention.

M. Robin, qu'il cite, conseille surtout le *benzoate de soude* qu'il fait alterner avec l'*huile de harlem*. Il ne recommande pas l'usage du salol.

Les astringents associés aux sels de soude agissent favorablement. Il recommande le sirop *iodo-tannique*. Contre la douleur il donne l'*opium* et la *belladone*.

En résumé, il serait heureux de connaître l'opinion des chirurgiens sur ce cas à savoir s'il y a ici l'indication d'une intervention chirurgicale comme il l'a conseillée à sa malade.

DISCUSSION

M. DÉCARIÉ dit que dans les cas où le chirurgien refuse d'intervenir à cause de l'incertitude où l'on est quant à l'état du rein supposé sain, le traitement médical peut soulager la malade. Chez une de ses malades il a donné dix gouttes de thérébentine trois fois par jour et il a constaté une amélioration réelle.

M. MONOD se refuse à croire, quoiqu'en dise M. Dubé, que les chirurgiens opèrent toujours et quand même. Ainsi, dans le cas de cette malade présenté par M. Dubé, il se refuserait à tenter toute opération avant de savoir dans quel état se trouve le rein malade, et si le rein supposé sain fonctionne bien.

L'observation de M. Dubé n'est pas complète à ce point de vue.

—Ainsi j'aurais aimé à savoir comment se fait l'élimination du bleu de méthylène: d'autre part l'appareil diviseur des urines

pourrait nous dire, ici, quel est, des deux reins, celui qui fonctionne bien.

De même, pus dans l'urine ne signifie pas ouvrir le rein. Cette malade aurait besoin d'être observée très minutieusement à l'hôpital ou chez elle avant d'établir ferme l'indication d'opérer.

Et, après tout, elle n'a peut-être pas tort de refuser le chirurgie.

Nous ne connaissons pas le volume de rein de cette femme. Avec les symptômes qu'elle présente, il doit être possible de l'observer, surtout quand elle fait des crises d'anurie. Il faudrait aussi savoir l'état de son rein quand elle n'urine pas de pus. Ce sont autant de questions difficiles à élucider. M. Monod rapporte l'histoire d'un malade, vu en consultation avec le Dr Joyal, dont l'urine contenait par intervalles, du pus en abondance. On avait fait auparavant un diagnostic de calcul du rein. D'accord avec le Dr Marien, le palper bi-manuel ne révélait aucune augmentation de volume d'un côté ou de l'autre. Le diviseur des urines donnait le pus à droite; le rein gauche donnait une urine limpide. La même expérience répétée durant une période d'accalmie démontra que le rein droit ne fonctionnait pas, tandis que le gauche était normal.

L'examen microscopique des urines révéla la présence de cristaux d'acide oxalurique. De plus, le malade présentait des signes de tabès, sur lequel on fit des réserves. On porta alors le diagnostic du *néphrite suppurée d'origine oxalurique*. On proposa l'intervention, la néphrotomie. On trouva un rein peu augmenté de volume et pas de pus. Depuis, le pus a disparu complètement.

En résumé, la question rénale est très difficile au point de vue de l'indication opératoire.

En s'attaquant à un rein, il faut peser le pour et le contre et donner au malade le bénéfice du doute, quand il existe.

M. O. MERCIER ne partage pas entièrement l'opinion de M. Monod sur l'indication opératoire dans ce cas. L'élévation de la température et la sensibilité à l'angle ilio-costal a pour lui une grande importance.

D'autre part, il a ouvert des reins qui présentaient des signes

de calculs et qui n'en renfermaient pas. Une malade, entre autres, a été opérée par lui pour calcul rénal; il n'y avait en avait pas trace. Opérée de nouveau par un autre confrère dans le même but, on arriva au même résultat négatif. Une troisième intervention permit de constater que tous ces troubles provenaient d'une bride appendiculaire ancienne encerclant l'uretère et donnant lieu à des troubles que l'on avait pris pour des calculs.

Le diviseur, le cathétérisme, la cystoscopie sont utiles et nécessaires dans tous ces cas.

Il est d'avis aussi que le traitement médical doit être tenté. Il donne le salol et il en est satisfait.

Lorsque tous ces moyens sont usés, l'intervention chirurgicale s'impose; mais il préfère s'adresser, d'abord, à la néphrotomie pour terminer plus tard par une néphrectomie s'il y a lieu.

M. St JACQUES insiste sur la précision du diagnostic.

La douleur est un symptôme important dans le cas de rétention rénale, ainsi que dans le calcul. La séparation des urines, la cystoscopie et l'emploi du bleu de méthylène sont utiles. Le toucher vaginal permet d'éliminer le rein malade du rein sain en nous éclairant sur l'état des uretères; de même on se renseigne sur l'état de la vessie.

La néphrite oxalurique se rapproche de la cystite rhumatismale.

Il a eu l'occasion d'en observer un cas chez une fille âgée de 60 ans indemne de toute lésion spécifique. Il a assisté à l'évolution d'une véritable cystite rhumatismale purulente qui a cédé à l'*urotropine* à la dose de 0. g. 50 centigrammes trois fois par jour.

Quant à l'intervention chirurgicale, l'ablation totale, lorsqu'elle est indiquée doit être précédée le plus souvent de néphrotomie, surtout dans le cas douteux.

M. DUBÉ en réponse à M. Monod, explique qu'il n'a pas remarqué l'augmentation de volume du rein, parce que la malade vient à son bureau alors que son rein est vidé. Il faudrait faire un examen au moment des douleurs, avant l'émission en masse du pus et des urines. Il présume que le rein doit être gros.

Quant à l'état des reins, l'examen clinique nous éclaire suffisamment sur ce point; ils sont relativement bons, au moins un, le gauche.

Il admet qu'une exploration minutieuse puisse être faite par les moyens suggérés par M. Monod, mais il se déclare incompetent sur ce point. Il désire laisser un peu de besogne aux chirurgiens, et c'est ce qu'il leur demande de faire.

M. DÉCARIE regrette que l'on s'éloigne de la question qui peut se résumer ainsi: devons-nous abandonner à eux-mêmes des malades souffrant d'abcès du rein chez qui le chirurgien refuse d'intervenir?... La réponse ressort clairement de cette discussion: *Non*. Ils peuvent retirer un très grand bénéfice du traitement médical.

II. — M. ROY: *Un cas de tumeur tuberculeuse primitive des fosses nasales* (voir plus haut).

DISCUSSION.

M. FOUCHER expose que ces cas sont beaucoup plus fréquents qu'on le croit. Il rapporte des cas d'ulcérations des fosses nasales, des lèvres qui n'avaient aucune ressemblance avec la syphilis, et qui étaient probablement de nature tuberculeuse. Il attire l'attention des membres sur ce point.

J.-P. DÉCARIE,
Correspondant.
