

LE DOCTEUR REGAUD

Le passage du Dr Claude Regaud, professeur à l'Institut Pasteur de Paris, marquera une date dans l'histoire médicale de Québec. Jamais, de mémoire d'homme, les médecins de notre district n'ont vécu une aussi belle semaine.

Cette semaine du 25 mai 1924 sera en effet remarquable à plusieurs points de vue. D'abord par le sujet traité. Le cancer est en effet à l'ordre du jour. Dans tous les pays civilisés, l'Etat s'en préoccupe au point d'établir des instituts anticancéreux, afin de lutter contre cette maladie qui menace de devenir un fléau social, tout comme l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis.

Cette semaine fut encore remarquable par l'exposé des nouvelles méthodes de traitement de cette affection par les rayons X et les rayons du radium.

Remarquable elle le fut surtout par la maîtrise avec laquelle cet enseignement nous fut donné. Car M. Regaud est non seulement un savant dans toute la force du terme, mais il est aussi un modèle de professeur. Aussi ce fut pour les médecins une belle occasion de s'instruire, en même temps qu'un régal, une véritable jouissance intellectuelle.

Malgré le peu de variété du sujet traité, malgré l'aridité de l'exposé de la technique opératoire, ces conférences furent suivies par un auditoire qui remplissait le grand amphithéâtre de l'Université, auditoire que rehaussaient, de leur présence, des magistrats, le Recteur de l'Université, et même Son Honneur le Lieutenant Gouverneur de la Province.

C'est dire l'intérêt et l'enthousiasme que ces leçons ont provoqués dans le monde médical de Québec ; c'est dire, en même temps, tout le charme de la parole du conférencier.

"L'Action Catholique", dans son numéro du 28 mai, en a fait une juste appréciation. Nous en extrayons les lignes suivantes :

"Conscientieux jusqu'à la minutie, et d'une probité scientifique rigide, M. le Dr Regaud n'avance rien qu'il ne prouve, et n'hésite nullement à confesser un échec lorsque le succès n'a pas répondu à l'attente. Il expose dans une langue nette des idées qui s'enchaînent tout naturellement, et ses conclusions ressortent avec une logique rigoureuse des prémisses posées.

"On se prend en l'écoutant, à admirer la formation classique qui conduit à une pareille puissance d'analyse et de synthèse, et crée à l'esprit de pareilles jouissances.

"L'expression est toujours juste, la phrase limpide, et le mot de valeur souligné comme il convient. Rien du charlatan ni du poseur qui cher-

chent à éblouir. On se sent en face d'un homme d'une exceptionnelle valeur qui dit admirablement bien des choses vraies ; et les deux heures que durent chaque cours passent sans qu'aucun des auditeurs aient seulement la notion du temps qui s'écoule."

Une telle personnalité ne pouvait manquer d'être appréciée des autorités. Aussi le 29 mai, Son Honneur le Lieutenant Gouverneur de la Province donnait, à Spencer-Wood, un dîner d'Etat en l'honneur du Docteur Regaud. Une quarantaine de convives y assistaient.

Après le toast au roi, Georges V, l'honorable M. Pérodeau souhaite la bienvenue à son hôte d'honneur, et pria le doyen de la Faculté de proposer sa santé. Ce qu'il fit dans les termes suivants :

* * *

Je vous remercie, Monsieur le Gouverneur, au nom de mes confrères, de nous avoir fait l'honneur de nous réunir à votre table, pour rencontrer M. le Professeur Regaud.

Vous avez voulu associer les hommages de l'Etat à ceux bien modestes que nous avons à rendre à l'illustre savant qui est venu nous donner généreusement son enseignement, et nous exposer le résultat de ses travaux.

Histologiste, pathologiste, biologiste, M. le Professeur Regaud, dès le début de sa carrière, a consacré sa vie à la science pure. Mais il a été entraîné par le cours de ses recherches à des applications de ses acquisitions scientifiques, que l'humanité réclamait instamment.

M. le Professeur Regaud se trouve ainsi à partager les préoccupations des praticiens que nous sommes. Mais il les domine de haut, grâce aux visées d'un esprit continuellement appliqué à la détermination des lois qui régissent les phénomènes biologiques.

C'est du chercheur que, médecins ou chirurgiens, nous tenons notre pouvoir contre la maladie. C'est aussi son noble idéal, son labeur, son désintéressement qui éclaireraient le rôle du praticien, et lui procureraient le prestige dont il jouit.

Et certes nous ne pouvions avoir de meilleure occasion que celle-ci de rendre grâce au chercheur des avantages que nous lui devons. Nous nous rendons compte, cher maître, de ce que une existence, comme la vôtre, vaut à chacun de nous. Et nous nous plaisons à reconnaître notre dette envers vous, envers votre pays qui,—M. le Gouverneur me permettra bien de le dire,—ne nous est nullement étranger, et nous reste très cher.

A notre devoir de gratitude s'ajoute ainsi, cher maître, un sentiment particulier qui naît de la fierté légitime que votre personnalité ajoute à notre patriotisme français.

Avec une profonde admiration, avec la reconnaissance la plus vive, avec les sentiments d'une amitié fraternelle, nous levons nos verres à

vosre santé, aux succès de vos travaux, à l'éternelle glorification de la France par ses savants.

Après les remerciements et les compliments d'usage, M. le professeur Regaud s'est quelque peu défendu—sans doute par modestie,—du titre de savant que lui avait donné le Dr Rousseau. Puis il leva son verre en l'honneur de la Province de Québec et du représentant du Roi.

* * *

Le lendemain soir, le 30, au Club de la Garnison, la Faculté de Médecine de l'Université Laval recevait Monsieur Regaud à dîner.

A l'heure de toasts, le Recteur, Mgr C. N. Gariépy, annonça aux convives que notre hôte distingué avait bien voulu accepter le titre de Docteur "*ad honorem*" de l'Université Laval. "Si le plaisir, dit le Recteur, est pour Monsieur Regaud, l'honneur est pour l'Université."

Le doyen de la Faculté, en proposant la santé de notre hôte, dit, en substance, ceci :

M. le Professeur Regaud, nous nous réjouissons vivement de vous recevoir dans l'intimité de notre petite famille universitaire, et vous ajoutez à notre bonheur en acceptant, à la suite de M. le Professeur Achard, d'en faire partie.

Nous vous avons fait docteur de notre université, sans la moindre prétention de vous honorer, mais pour attester l'honneur que nous vous devons. Vous vous êtes d'ailleurs acquis, de fait, le titre de professeur et de maître de notre Faculté, par le plus brillant enseignement qu'elle ait encore reçu. J'espère que vous nous êtes désormais à ce point lié que vous ne remplirez pas avec trop d'irrégularité vos fonctions de professeur extraordinaire de notre école.

Cette petite école de praticiens, quelle qu'en soit son insuffisance, a rendu à notre pays des services signalés, entre lesquels le plus important peut être est d'avoir préparé l'avenir scientifique du Canada français. Mais nous serions bien aveugles, si, ayant été admis aux pieds de vos chaires françaises, et presque dans l'intimité de votre élite scientifique, nous prétendions constituer autre chose jusqu'à présent qu'un foyer d'enseignement médical élémentaire.

Le moment est venu d'accomplir, dans notre Faculté, les réformes qui la mettent à la hauteur d'une véritable institution scientifique.

Notre génération ne peut prétendre à réaliser toutes les réformes nécessaires, mais elle a le devoir de les concevoir nettement, de les amorcer, d'établir les bases sur lesquelles elle s'accompliront.

Outre l'amour de la science, un sentiment qui a inspiré les premiers directeurs de notre université, un sentiment impérissable; l'amour de notre patrie française, soutiendra, jusqu'à leur réalisation, nos ambitieuses espérances.

Français, nous n'avons pas le droit d'être inférieurs ici dans le domaine de la science. Nous n'assurerons nos activités nationales qu'à la condition de ne pas l'être. Nous nous devons à nous-mêmes, comme à vous, d'établir la pérennité des qualités de la sève française qui circule encore bien pure dans nos veines.

A cette fin nous avons donc à chercher notre voie, et plus encore, puisque cette voie est en partie tracée, nous avons à chercher les moyens d'y progresser.

Une petite ville comme Québec n'offre qu'un champ restreint pour l'application pratique des sciences médicales et pour l'enseignement clinique. Mais par contre son caractère paisible est favorable aux spéculations de l'esprit et aux travaux patients des chercheurs. Nous ne négligerons certes pas l'instruction clinique de nos élèves et de nos médecins. Le développement rapide et presque imprudent, que nous donnons à nos institutions hospitalières, en est le garant.

Mais, pour ma part, je crois que, si jamais notre Faculté doit jamais se distinguer dans le monde scientifique, ce sera surtout en sa qualité de centre de recherches.

Malheureusement, à ce point de vue, nous n'avons rien fait jusqu'à présent. Tout, absolument tout, reste à créer de toutes pièces; et la tâche est lourde. Mais nous comptons, pour la mener à bonne fin, que nos maîtres français voudront bien se faire, plus encore que nous ne leur avons demandé de l'être dans le passé, nos guides et nos soutiens.

Nous nous mettrons à votre école. Nous n'en voulons point d'autre. Nous sommes fermement convaincus. Et si, par impossible, nous nous trompions, j'avoue que notre erreur nous resterait chère, que vous avez mieux que les autres, compris le sens de la vie, les formes désirables et les fins de la culture humaine.

C'est pour cette raison, qui d'ailleurs découle des affinités qui existent entre nous, que nous aimons à aller vers vous, et que nous sommes infiniment heureux, émus de vous voir ainsi venir vers nous.

Notre Faculté apprécie, croyez-le bien, M. le Professeur Regaud, le geste généreux que vous avez fait en vous empressant de nous apporter les vérités nouvelles que vos travaux ont si largement contribué à mettre en lumière.

Aussi bien que votre doctrine, l'exemple de votre vie scientifique nous est précieux, intéressés que nous sommes à façonner nos hommes de demain, comme nos institutions, d'après les types les plus achevés que puisse fournir votre admirable pays.

Lorsque vous rentrerez en France, veuillez bien dire à vos collègues, cher maître, la vive reconnaissance et l'attachement que nous leur conservons; et si vous voulez bien vous faire l'interprète de notre enthousias-

me, votre modestie sera impuissante à leur cacher ce que vous avez laissé, sur votre passage au Canada français, et particulièrement à Québec, de profonde admiration, et de sentiments durables de respectueuse affection.

Permettez-moi, en terminant, cher maître, d'associer mademoiselle Regaud, votre distinguée, votre courageuse compagne de voyage, aux hommages et aux vœux que nous formons pour vous. Nous vous sauhaitons un voyage utile à travers les Etats-Unis, et un heureux retour en France.

* * *

En se levant pour répondre à cette santé, Monsieur Regaud commence d'abord par dire que Mgr le Recteur avait quelque peu interverti les rôles. Car non seulement il est heureux du titre de "Docteur" que l'Université vient de lui conférer, mais il est fier et très honoré de ce diplôme. Il aurait, di-t-il, par ce fait même, contracté certaines obligations envers notre institution enseignante. Et pour répondre aux désirs si aimablement exprimés par le doyen de la Faculté, il se propose bien de revenir, et, même prochainement, reprendre sa chaire d'enseignement.

Notre hôte veut bien nous dire ce qu'il pense de notre pays. Tout jeune encore, le Canada-français lui est apparu comme un pays de légendes héroïques. L'histoire de la fondation de la Nouvelle-France avait quelque chose de merveilleux. Plus tard, le Canada lui apparut comme un grand pays agricole et industriel, et plein de promesses pour l'avenir. Et lorsqu'il a été à même de juger par lui-même, de ses propres yeux, il s'est rendu compte que tout cela était vrai, mais qu'au point de vue médical, nous étions à un tournant de l'histoire.

Jusqu'ici, continue-t-il, vos universités ont été des centres d'enseignement pratique. C'était très bien. Il fallait former de bons praticiens qui, avec le clergé, formaient la classe dirigeante dans les centres ruraux.

Maintenant, dit-il, vous devez aspirer à viser plus haut. Vos universités, tout en continuant leur oeuvre principale, celle de former de bons praticiens, doivent devenir des foyers de recherches scientifiques. Pour arriver à cette fin, les universités françaises vous promettent leur généreux concours. Aussi les médecins canadiens-français désireux de se perfectionner, seront particulièrement les bienvenus en France.

Cela va de soi, dit-il. Le Canada français n'est-il pas un rameau détaché, mais bien vivant, du vieux tronc de l'arbre français, et à qui il ne suffirait plus que de lui faire quelques greffes heureuses pour produire les plus beaux fruits?

* * *

En terminant cette note, nous croirions manquer à notre devoir, si nous ne remercions spécialement le gouvernement de la Province d'avoir procuré aux médecins de notre district l'immense avantage des conférences du Dr Regaud.

Albert Jobin

BULLETIN

"DES MAUVAISES HABITUDES CHEZ LES ENFANTS".

(SUITE)

Sucottage des doigts: Se sucer le pouce est une chose que l'on constate chez un grand nombre d'enfants dans les premiers six mois de la vie. Cette habitude peut se conserver longtemps si l'on n'y voit de bonne heure.

Le croirait-on? Il existe même des mères et des "bonnes", qui, histoire de calmer ces petits, leur place le pouce ou les doigts dans la bouche, en guise de sucettes.

Une remarque en passant. Il est bon de savoir que les nourrissons qui crèvent de faim—et c'est le cas d'un grand nombre parmi les prétendus dyspeptiques—se sucent les doigts, croyant y trouver un soulagement à leur faim. Attention donc au régime, pour qu'il soit suffisant.

Chez les tout petits, se sucer le pouce ne peut être considéré véritablement comme une mauvaise habitude. Mais chez les plus vieux, cela le devient; et la chose est considérée comme un signe de faiblesse d'esprit. Avec cela qu'il en résulte souvent, à cet âge, des déformations des doigts, des lèvres, des dents, et même de la mâchoire. C'est aussi chez ces *habitués* que se rencontrent les masturbateurs.

Que faut-il pour faire disparaître ce petit défaut? Un peu de surveillance, avec de la propreté et une nourriture suffisante, suffit généralement. Seulement il faut agir vite, avant que ça ne dégénère en habitude fixe, invétérée.

Faut-il avoir recours au traitement mécanique? On fixe les mains de l'enfant par un moyen quelconque; ou bien on lui fait porter des mitaines. Des attelles rembourrées, empêchant le bras de se fléchir, sont un excellent moyen.

L'histoire d'enduire les doigts avec des substances amères ou autres, c'est du temps perdu. Les punitions sont d'aucune utilité. Les récompenses produisent quelquefois de bons résultats.

Le suçage de la langue devient rarement une habitude permanente. Règle générale, cela disparaît spontanément. Quand la chose persiste, c'est un signe de dégénérescence mentale; et d'ordinaire il y a d'autres habitudes pernicieuses.

* * *

Le Pica: Cette perversion de l'appétit, ce goût des choses étranges à la diète ordinaire, telles que la boue, le mortier, le charbon, la cendre, les graviers, le plâtre des murailles, le papier, les cheveux, les crayons d'ardoises, quoique rare, existe tout de même chez les enfants de un à deux

ans. Cette habitude se rencontre d'ordinaire chez les sujets nerveux, présentant en même temps d'autres tics communs à cette classe. Pour peu qu'on laisse faire, il en résulte de la cachexie, conséquence des mauvaises digestions. Chez d'aucuns, cet appétit dépravé est tenace; il faut les surveiller presque continuellement. Le changement de milieu est quelquefois nécessaire pour réussir.

Si l'enfant souffre de cachexie, on fera bien d'examiner les sels pour y trouver les parasites et les oeufs, source d'infestation, et qui auraient été introduits avec ces substances étrangères.

* * *

Les "*rongeurs d'ongles*" seront traités, en leur coupant les ongles aussi ras que possible, et en leur faisant porter des gants ou des mitaines. Mais j'avoue que chez les enfants âgés, ces moyens ne valent pas grand chose. J'ai présentement à l'esprit le souvenir d'un chanfre d'église qui, entre chaque psaume, se rongait les ongles publiquement. Ce n'était pas précisément ce qu'il y avait de plus édifiant.

* * *

Le "*grincement de dents*" est une chose commune chez les enfants, et qu'il est bien difficile d'expliquer. Voici dans quelles conditions cela se rencontre généralement. D'abord chez ceux qui souffrent d'une manière quelconque, de leurs dents, soit à la fin de leur première dentition, soit au début de la seconde. Ensuite et surtout chez les enfants qui ont des troubles gastro-intestinaux. C'est alors un phénomène réflexe.

C'est en effet dans la croyance populaire que grincer des dents indique la présence de vers dans l'intestin. C'est quelquefois vrai; mais, dans la grande majorité des cas, les "*grincheurs*" de dents souffrent de dyspepsie chronique. Ces dyspeptiques sont sujets aux terreurs nocturnes; ils parlent en dormant et même se lèvent.

Il faut aussi savoir que le grincement de dents se rencontre au cours des maladies suivantes: méningite, hydrocéphalie, imbecilité, otorrhée, énéurésie, spasmophilie, paralysie infantile, chorée, épilepsie, variole, rhumatisme.

Le traitement de cette affection dépend de la cause.

* * *

Dans la petite et la seconde enfance, il existe chez d'aucuns, certains mouvements oscillatoires et rythmiques de la tête. Les uns se balancent la tête d'un côté et de l'autre. D'autres se frappent la tête contre leur oreiller, ou de leurs mains.

Dans ces cas, il faut voir si l'enfant ne souffre pas de rachitisme, ou bien s'il n'y a pas quelque irritation en quelque part de leur individu, tel que mal d'oreille, mal de dents. Le traitement dans ce cas s'impose.

* * *

Les "tics" :—Les enfants nerveux, ou chargés d'une hérédité neuro-arthritique, présentent quelquefois ce qu'on pourrait appeler l'habitude des spasmes. Ce sont des contractions spasmodiques de certains muscles, des paupières, de la bouche, de la tête, des épaules, et des membres. On les appelle communément "tics".

Les uns s'étirent la tête et le cou, comme si leur collet était serré, ou encore soulève un épaule d'une façon spasmodique. Les autres clignent des paupières, ou élèvent les sourcils. L'on en voit qui se mettent la bouche de travers, ou encore qui tournent la tête brusquement. Tous les médecins connaissent aussi les enfants qui font des "*soupirs profonds*", ou encore qui souffrent d'une petite toux nerveuse. Ce sont autant de tics qu'il est bon de connaître afin de ne pas s'en laisser imposer.

Généralement, il ne s'ensuit rien de grave de cet état de chose. Seulement c'est un symptôme nerveux qu'il est bon de faire disparaître le plus tôt possible, pour l'empêcher de devenir une affaire permanente.

Nous avons deux moyens à notre disposition pour faire disparaître cet habitus.

Le premier consiste à faire reproduire, volontairement, par le petit malade le tic nerveux que l'on veut voir disparaître. Pour cela il faut le concours d'une mère intelligente, ou d'une infirmière bien dressée.. Celle-ci placera l'enfant devant un miroir ; et ce dernier sera prié de reproduire fidèlement le spasme en question et d'en bien examiner l'image dans le miroir. Ceci doit se répéter une ou deux fois par jour, pendant 2 à 3 minutes chaque fois.

Cette petite scène devant le miroir a un double objectif : 1^o montrer à l'enfant comme son geste est disgracieux ; 2^o lui enseigner à devenir maître de ce spasme. En effet l'enfant apprend aussi à maîtriser les muscles intéressés ; et ceux-ci, à la longue, n'agissent plus que sous les ordres de la volonté de l'enfant. Ce petit exercice journalier, exécute intelligemment, finit par avoir raison du tic.

Si l'on a soin d'ajouter une récompense à chaque progrès réalisé, le succès est plus rapide. Car alors on a le concours de l'enfant ; ce qui n'est pas indifférent.

Je crois beaucoup en la vertu des récompenses pour le traitement de ces sortes d'affection chez les enfants. J'en dirai un mot au sujet de l'énurésis.

Albert Jobin

COMMENT VAINCRE LA TUBERCULOSE.⁽¹⁾**Dr J. Arthur LABERGE,**

Iowa State Sanatorium, Oakdale Iowa.

“A la science jointe à l'habileté bien peu de choses sont impossibles.”

Le bonheur, la santé, la vie, remplaçant la tristesse, la maladie, la mort, voilà ce que doit produire toute lutte bien conduite contre la tuberculose.

On vous a dit dans de récentes conférences “qu'est-ce que la tuberculose”, “comment cette maladie attaque les tissus”, je dois vous parler ce soir de trois grands facteurs bien importants pour vaincre la tuberculose : le médecin, le patient lui-même et le sanatorium.

Il est nécessaire que tout médecin qui veut traiter la tuberculose effectivement soit imbu des principes modernes de phthisiologie. Il doit bien comprendre que l'infection primaire se fait dans l'enfance ; que dans la suite cette infection peut produire de temps en temps des symptômes qui passent souvent inaperçus ; que cette infection peut se rallumer plus tard soit lentement, soit assez soudainement. Il doit comprendre l'importance qu'il y a de traiter cette maladie à son début. Il doit savoir que cette maladie peut être prévenue, qu'elle est communicable, qu'elle est guérissable ; que le plus tôt le diagnostic de cette maladie est fait, moins il y a de danger qu'elle soit communiquée (présumant que le patient soit instruit et consente à prendre les précautions nécessaires). Il doit comprendre que plus tôt la tuberculose est décelée, plus grandes sont les chances de guérison, (présumant que le traitement soit approprié et que le patient soit consentant à le suivre).

Nul ne niera l'importance primordiale du médecin dans la lutte anti-tuberculeuse. Tout médecin versé ou non dans la spécialité doit à l'humanité de faire sa part contre cette maladie.

Cependant à cause de l'étendue et de la complexité que présentent les principes modernes de phthisiologie nous croyons que les meilleurs résultats ne peuvent être obtenus que par un spécialiste, par celui qui se dévoue tout entier à l'étude et à la lutte contre cette maladie.

Autant il est facile pour un médecin de dire tuberculeux un pauvre homme qui est en route sinon rendu à l'état de consommation, autant il lui est difficile de poser un diagnostic lorsque la tuberculose n'est qu'à son début.

(1)—Conférence donnée devant le personnel médical, infirmières et les patients de ce Sanatorium.—Traduction de l'auteur.

A une récente réunion hebdomadaire des médecins nous avons discuté des qualités que doit avoir un bon spécialiste en tuberculose. Tous d'accord nous avons dit que ce médecin doit posséder deux choses essentielles, deux points qui ne s'acquièrent que par une étude approfondie jointe à une sérieuse expérience; il doit pouvoir faire un diagnostic précoce, il doit avoir l'expérience et les compétences nécessaires pour instituer un traitement approprié à chacun des cas, traitement qui, vous le savez, peut varier considérablement selon les cas (management of cases).

Le grand cri à lancer vers la profession médicale dans la lutte anti-tuberculose est pour le "diagnostic précoce". C'est là le problème le plus immédiat et dont la solution apportera le plus d'avantages à la lutte anti-tuberculeuse aussi longtemps que nous manquerons de spécifique contre cette maladie.

Pour arriver à un diagnostic précoce il nous faut savoir, nous l'avons vu, que la tuberculose a été plus ou moins active chez un individu souvent bien longtemps avant qu'elle se soit manifestée par des symptômes apparents, spécifiques à la tuberculose.

Lorsqu'un médecin a en présence un patient qui accuse certains symptômes, comme une fatigue persistante, indigestion, perte de poids, de force, d'appétit, etc., il doit soupçonner la tuberculose et doit alors continuer ses investigations jusqu'à ce que tout doute soit dissipé concernant la tuberculose.

Un temps important est souvent perdu à attendre la toux, sueurs nocturnes, présence de bacilles dans les crachats, etc., et cela a coûté la vie à plusieurs tuberculeux.

Comme l'a dit Lawrason Brown le médecin qui attend ces symptômes pour poser un diagnostic de tuberculose en arrive à la conclusion que le tuberculeux a peu de chances de guérison. Pourquoi ? Parce que la maladie a alors fait souvent trop de progrès, et le temps, l'argent, le courage nécessaire sont alors en dehors des ressources de la plupart des individus.

Quant au patient il doit comprendre que puisque la tuberculose est soupçonnée chez lui, il lui est d'une importance vitale de consentir à faire les quelques sacrifices de temps et d'argent nécessaire à une sérieuse observation et examen afin de savoir si oui ou non il est tuberculeux. Il doit comprendre que plus grandes sont les difficultés à déceler la tuberculose, et plus grandes aussi sont ses chances à lui s'il est tuberculeux, il doit savoir qu'il faut souvent plus de travail et d'habileté pour faire un diagnostic de non tuberculeux que de tuberculeux.

Le médecin qui décèle la tuberculose chez un patient devrait l'avertir aussitôt de la nature de sa maladie. Lorsqu'autrefois la tuberculose était considérée une maladie incurable, le fait de déclarer à une personne qu'elle

avait la tuberculose équivalait à prononcer sur elle une sentence de mort. Aujourd'hui les conditions sont changées. La table d'autopsie nous a dévoilé un grand secret, et les statistiques de Naegeli nous montrent que sur 100 individus adultes plus de 90 ont été un jour affectés de tuberculose. On peut donc dire aujourd'hui à une personne qu'elle est tuberculeuse. On peut lui dire—et c'est la vérité—que cette maladie, dont elle est atteinte, est une des plus curables qui soient. Je dirai plus : afin de donner à cet individu les meilleures chances de guérison, afin de prévenir contre l'infection ceux qui l'entourent, non seulement on peut, mais on *doit* lui déclarer la nature de sa maladie.

Lorsqu'un médecin ou un chirurgien est en présence d'un patient souffrant d'appendicite, il n'hésite pas à le déclarer au patient et à ceux qui l'entourent. Il n'institue pas un traitement, il n'opère pas le patient sans lui dire pourquoi. Le chirurgien dit au malade toutes les chances qu'il a, s'il est opéré immédiatement, mais que ses chances seront moins grandes s'il attend 24 ou 36 heures, et le patient se résout en conséquence. Tel en tuberculose, et le patient en bénéficiera grandement, si le médecin, après avoir fait un diagnostic précoce de la maladie, explique à cet individu la nature de son mal, l'instruit sur ces faits que lorsque la maladie est découverte assez tôt, et traitée d'une manière intelligente, le pourcentage est très grand des malades qui guérissent; mais lorsque la maladie est découverte très tard ou, étant découverte de bonne heure, on n'a pas appliqué le traitement nécessaire, il y a encore espoir d'arrêter l'évolution mais la lutte sera rude.

Ce n'est pas la "*tuberculose*" qui tue tant de monde c'est la "*tuberculose négligée*" sciemment ou inconsciemment.

Abandonnons donc de dire à un patient qu'il a un "poumon faible", qu'il a une "bronchite", un "rhume d'estomac", lorsque la cause de ce trouble est d'origine tuberculeuse.

Nous entendons trop souvent cette plainte remplie d'amertume de pauvres tuberculeux : "Si j'avais seulement su que j'étais tuberculeux lorsque j'ai commencé à présenter tel ou tel symptôme, si j'avais su l'importance de faire telle ou telle chose, mais je ne savais pas". Il faut éviter cela; et la manière de l'éviter, pour nous, médecins, est d'instruire le patient, et pour le patient de prendre au sérieux dès le début la lutte qu'il aura à faire.

De plus lorsque le médecin déclarera au patient qu'il a la tuberculose, et que, à moins qu'il n'use des précautions indiquées, il peut infecter ses parents, ses enfants, ceux qui lui sont chers, quel est celui alors qui hésitera à prendre ces précautions ?

La tuberculose est une maladie qui affecte les différents systèmes de l'organisme: le médecin doit être capable d'expliquer physiologiquement

et pathologiquement tous les symptômes qui se présentent. Si l'explication ne soulage pas le patient nous pouvons affirmer que cela lui vaut un grand contentement, et cela suscitera une grande coopération dans le traitement de la part du malade.

Si le rôle du médecin est grand, celui du patient lui-même, d'après ce que nous avons dit déjà, ne l'est peut être pas moins. Le médecin instituera un traitement, un régime, mais le progrès de la maladie dépend pour beaucoup de l'attitude du patient lui-même. Souventes fois malheureusement le diagnostic est fait trop tard, et la guérison est impossible quelque minutieux que soit le pauvre patient à suivre le traitement; mais d'un autre côté souvent aussi on voit des cas dont le pronostic est douteux, avoir un issu favorable grâce à la coopération du médecin et du patient.

Que les patients comprennent donc bien le caractère de cette maladie contre laquelle ils luttent; qu'ils comprennent bien l'importance de suivre à la lettre le programme qui leur est tracé; qu'ils n'hésitent pas à laisser de côté tant de petits amusements et divertissements qui leur paraissent pourtant anodins, à laisser de côté, lorsqu'il en est ainsi prescrit, les activités de la vie sociale et d'affaires; qu'ils comprennent bien l'importance qu'il y a de garder actives et puissantes leurs forces défensives qui luttent contre les bacilles tentant d'envahir l'organisme.

Durant le long cours de la maladie, surtout lorsqu'elle a atteint la période où l'activité est assez prononcée, il arrivera de temps en temps, vous le savez, où cette activité sera plus forte. Cette poussée se manifestera par certains symptômes; le patient doit s'y attendre, et ces poussées ne doivent pas le décourager, ce ne sont que des accidents dans le cours de cette longue maladie. L'évolution de la maladie vers la guérison a été souvent comparée à un long voyage. Le long du chemin il y a toujours quelques endroits difficiles à passer, on les passe avec moins de plaisir, mais on se rapproche toujours et tout de même de la destination.

Le tuberculeux doit coopérer avec son médecin. Il doit se résoudre fermement au début de sa cure à ne négliger aucun détail.

Il ne doit pas, que Dieu l'en garde, s'attarder aux prétendus traitements et guérisons de charlatans de toutes sortes. Si nos gouvernants de tout pays pouvaient un jour voir combien sont funestes à la société toutes ces cures, médicaments, etc., annoncés à grands frais dans les journaux et partout, et légiféraient pour enrayer ce fléau, ils rendraient un service immense à la société. Il n'est pas besoin de discuter longuement pour voir combien sont inconséquents, impuissants, malhonnêtes tous ces traitements. Pourquoi dépenserait-on tant d'argent et de labeur, pourquoi tant de travail dans les laboratoires et partout de la part des savants pour trouver de quoi soulager l'humanité? Ne croyez-vous pas qu'il serait plus facile pour eux d'accepter toutes ces médecines s'il y avait en elles quelque chose de sérieux?

Ne pas s'attarder non plus, de grâce, à tous les conseils que distribuent à profusion les amis, les parents, les bonnes femmes. Ces conseils sont ordinairement remplis de sincérité mais ils sont aussi nuisibles qu'ils sont sincères.

Je n'oublierai pas tous les conseils qui me furent donnés lorsque je fus moi-même déclaré tuberculeux. Certains m'enjoignaient de m'en aller dans les bois chez les bucherons, d'autres, plus modérés, me conseillaient seulement de prendre de longues marches. Je ne serais pas ici ce soir j'en suis sûr si je les avais écoutés au lieu de m'en remettre à un médecin qui connaît la tuberculose.

A notre avis un grand facteur qui travaille contre nous dans la lutte antituberculeuse est ce fait que le patient se sent bien, bien qu'il soit atteint d'une sérieuse et dangereuse maladie. Il est libéré de tout symptôme clinique bien avant que se soit effectué le processus de guérison; et s'il n'écoute que ses propres forces il abandonnera le traitement bien longtemps avant le moment où il pourrait le faire sans plus de danger.

Donc au tuberculeux : courage, patience, énergie, confiance en son médecin et en la curabilité de son mal, se souvenant qu'un tuberculeux bien disposé et déterminé a beaucoup plus de chances qu'un pessimiste sans énergie.

Quel est le meilleur endroit pour un tuberculeux qui est susceptible de guérir? Nous n'hésitons pas à répondre que c'est le Sanatorium.

Ici aux Etats-Unis comme dans d'autres pays d'ailleurs, les gouvernants ont vu dans le sanatorium un des moyens les plus efficaces pour combattre la tuberculose.

Le sanatorium répond à plusieurs grands avantages tant pour le tuberculeux lui-même à qui il donne les plus grandes chances de soulagement et de guérison, que pour la société en diminuant la dissémination des germes tuberculeux.

En effet sans le sanatorium avec tous les accessoires de la lutte antituberculeuse le tuberculeux d'aujourd'hui continuerait de vivre comme le tuberculeux d'hier et de semer la germe autour de lui. Le sanatorium prévient cela dons une large mesure en enseignant au malade la manière de vivre sans infecter personne.

Le sanatorium prouve que lorsque les mesures d'hygiène sont prises, un tuberculeux n'est pas contagieux. Aucun cas d'infection parmi le personnel d'un sanatorium n'a été rapporté.

Le sanatorium est l'endroit idéal pour le tuberculeux. La vie y est loin d'être misérable, l'atmosphère y est remarquablement gaie. Aidé par l'optimisme caractéristique du tuberculeux, la vue d'autres patients qui s'améliorent si bien est toujours un motif d'encouragement.

Le régime peut paraître sévère au début. On y voit vite par la sensation de soulagement, de repos que l'on ressent bientôt, que c'est le régime qu'il faut. Alors on a confiance aux médecins qui s'y dévouent, on oublie un peu ses occupations, son travail dont l'éloignement semblait si difficile lorsqu'on était à la maison, et on ne pense plus qu'à guérir. On s'intéresse aux choses du sanatorium. Le patient comprend mieux sa maladie, il étudie et se persuade de l'importance de chacun des détails, il est rempli d'optimisme et d'enthousiasme à la vue de sa santé qui s'améliore; et lorsqu'après son séjour au sanatorium, il retourne chez lui, il devient ce que nous appellerons un missionnaire de la tuberculose.

Il instruit ses gens des précautions à prendre; et par ses connaissances des symptômes généraux qu'il a observés, il avisera un voisin, un ami de l'importance d'aller consulter un médecin, et par ce fait permettra souvent un diagnostic précoce si important dans cette maladie.

Le sanatorium est-il nécessaire dans la lutte antituberculeuse? A cause des fruits précieux que nous vaut le sanatorium dans toute organisation de comté ou d'état, en instruisant le tuberculeux sur la manière de se guérir, et surtout de vivre sans contaminer ceux qui l'entourent, je crois qu'on doit considérer cette institution comme un membre nécessaire dans l'organisation de toute lutte antituberculeuse.

Si on ne considère que le patient lui-même, nous dirons que le sanatorium n'est pas absolument nécessaire et qu'il est possible de traiter ce patient à domicile. Ceux qui ont de l'expérience toutefois, le médecin praticien qui sait combien il est difficile d'instituer un régime sévère lorsque le patient ne sent pas la nécessité de ce régime, le médecin praticien, dis-je, aussi bien que le médecin de sanatorium, savent qu'ils sont rares les bons résultats d'une cure tuberculeuse en dehors du sanatorium.

En effet quelle difficulté que d'instruire ce patient, de le convaincre de l'importance de chacun des détails du traitement, des précautions à prendre, etc., sans qu'il ait sous les yeux, comme le patient du sanatorium l'exemple si entraînant et si convaincant.

Il est un fait admis, c'est que les résultats satisfaisants sont rares en dehors du sanatorium et en cela on ne peut blâmer le médecin praticien dont le régime et le traitement sont habituellement mal suivis.

Si donc le sanatorium est aussi profitable tant au patient qu'à la société, on comprendra facilement les motifs de l'expansion que prennent de telles institutions dans tous les pays.

Dr J. A. Laberge

AORTITE ABDOMINALE.

Dans le "Journal de Médecine" (avril 1923), M. le Dr. Robert Marquézy publie un travail intéressant sur l'aortite abdominale, nous en extrayons les paragraphes suivants :

Si l'on examine systématiquement l'aorte abdominale aux autopsies, on est frappé de voir combien souvent elle peut être dilatée, élargie, combien souvent ses parois sont indurées, épaissies ; sa face interne est fréquemment parsemée de plaques athéromateuses les unes encore souples, les autres dures, calcifiées ; tantôt elles sont isolées, tantôt, au contraire, elles sont associées à des lésions identiques de l'aorte thoracique.

L'aortite abdominale ne présente le plus souvent que des signes d'emprunt, qui égarent le diagnostic.

La crise douloureuse constitue le symptôme majeur qu'on doit toujours s'efforcer d'analyser avec précision. Tantôt, elle survient spontanément, tantôt, au contraire, elle est nettement provoquée par l'effort physique, par la marche, elle peut survenir après un repas trop copieux, parfois, c'est au moment, où le malade prend la position horizontale que la crise éclate.

C'est une douleur extrêmement violente : sensation de crampe, de brûlure, au niveau du creux épigastrique ou de l'ombilic, irradiant souvent en élan à la base du thorax, ou, parfois, dans les cas types, le long des artères iliaques. Le malade devient alors d'une pâleur extrême ; il est angoissé, son pouls s'accélère. La position en chien de fusil, quelquefois même seule la position gènu-pectorale réussit à diminuer la douleur. Son intensité est telle, le plus souvent, qu'on pense immédiatement à une crise de collique hépatique ou néphrétique. La crise douloureuse dure ainsi quelques minutes parfois une demi-heure.

Les *signes gastro-intestinaux* sont signalés dans la plupart des observations. On comprend qu'associés à la douleur, ils égarent facilement le diagnostic.

Tantôt, il s'agit de vomissements, vomissements alimentaires ou simplement muqueux, acides, hyperchlorhydriques : on pose le diagnostic d'ulcus, de crise gastrique du tabes.

Tantôt, les signes intestinaux sont au premier plan ; le malade présente une constipation d'origine spasmodique, qui peut être assez intense pour réaliser le tableau de l'acclusion intestinale, surtout si elle s'accompagne de météorisme abdominal ; parfois au contraire la diarrhée domine le tableau clinique. J. Teissier a insisté sur ces diarrhées aqueuses, abondantes, impérieuses, qu'il comparait à l'œdème pulmonaire, qui survient au cours des aortites thoraciques. Elles peuvent s'accompagner de glaires, de mucus, de membranes ; et le diagnostic d'entérite vient alors naturellement à l'esprit.

Ces crises entéralgiques (Loeper) simples ou compliquées, persistent aussi quelques heures, quelques jours parfois, puis tout rentre dans l'ordre.

Entre les crises, on peut ne retrouver aucun symptôme anormal; souvent au contraire, l'examen permet de constater des signes qui doivent toujours attirer l'attention du côté de l'aorte; vertiges, tendances syncopeales, dyspnée d'effort, palpitations. Teissier insistait sur la difficulté qu'ont ces malades à rester longtemps debout dans l'immobilité. Les battements douloureux au niveau de l'épigastre, sont très fréquents, ils peuvent être assez intenses pour obliger le malade à comprimer sa paroi abdominale avec ses mains. Les "intermittences ventrales" signalées par J. Teissier, consistent au contraire, dans la suspension momentanée de ces battements: elles seraient dues au pincement de l'aorte enflammée, au niveau de son orifice diaphragmatique, le rétablissement du courant sanguin serait perçu dans l'abdomen sous la forme d'un véritable coup de bélier.

Quand les crises se répètent à intervalles assez rapprochés, l'état général est toujours atteint; les troubles gastro-intestinaux, les douleurs entraînent un amaigrissement plus ou moins intense.

On voit combien il peut être difficile de porter le diagnostic d'aortite abdominale sur ces seuls signes fonctionnels (signes accessoires ou indicateurs de J. Teissier), aussi Potain s'est-il attaché à en préciser la symptomatologie physique (signes essentiels de J. Teissier).

Le malade étant étendue en position horizontale respirant librement, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin, on procédera à une palpation douce de l'abdomen. La contraction des droits, qui existe parfois, ne présente qu'une valeur relative. Trois signes surtout doivent être recherchés (Potain): la douleur le long de l'aorte abdominale, l'élargissement du vaisseau, sa déviation et sa mobilité.

La douleur, symptôme cependant bien banal par sa fréquence, est le seul qui mérite d'être retenu et encore pour présenter de la valeur, faut-il qu'elle soit profonde, médiane, bien localisée, de l'appendice xyphoïde au promontoire; elle serait plus en rapport avec l'irritation des plexus nerveux péri-aortiques, qu'avec l'aortite elle-même. L'élargissement, la dilatation de l'aorte, réalité anatomique certaine, est cliniquement le plus souvent impossible à apprécier de façon précise.

Parfois l'aorte peut déborder à gauche de la ligne médiane; dilatée et enflammée, dit Potain, elle se libère de ses attaches, elle peut ainsi former une courbe à concavité droite. La main qui palpe pourrait la mobiliser; les déplacements spontanés seraient eux-mêmes possibles. Quant aux battements aortiques, perçus par le malade, ils peuvent être visibles à l'inspection de la paroi, souvent ils ne sont perceptibles qu'à la palpation. C'est un symptôme trop banal pour présenter une valeur diagnostique réelle.

Plus importante est l'*hypertension de l'artère pédieuse*. C'est J. Teissier qui a longuement insisté sur la valeur de ce symptôme. On peut le rechercher par l'une ou l'autre des trois méthodes couramment employées pour la prise de la tension artérielle (méthode palpatoire, auscultatoire, oscillatoire) après avoir placé la manchette juste au-dessus des malléoles tibiale et péronière. Il est à remarquer qu'on prend ainsi non pas la tension de la pédieuse, mais celles des tibiales dans leur partie terminale.

Les résultats sont exactement les mêmes, aussi l'ancienne dénomination mérite-t-elle d'être conservée. Normalement, pour J. Teissier la tension de la pédieuse est inférieure de 2 à 4cm. à la tension de la radiale. En cas d'aortite abdominale, elle est toujours supérieure de 2 à 4 cm.

L'évolution de l'aortite abdominale est tantôt aiguë, tant chronique.

On voit apparaître des complications qui dans certains cas peuvent être le signe révélateur de l'aortite abdominale; il faut signaler l'anévrysme et la thrombose oblitérante.

L'*anévrisme* de l'aorte abdominale se rencontre de temps à autre en clinique. On note alors dans la région épigastrique ou ombilicale une petite tumeur profondément située, tantôt fixe, tantôt extrêmement mobile, toujours animée de battements très intenses; ses contours sont aisés à délimiter. Cet anévrysme peut se rompre. La rupture peut même en être la première manifestation.

La *thrombose oblitérante* de l'aorte a été récemment étudiée par Aubertin. Le malade présente au niveau des pieds et des mollets, des douleurs atroces, prémonitoires de la gangrène. Puis, les mouvements deviennent de plus en plus difficiles. A l'examen, on est frappé par la teinte violacée des téguments; l'anesthésie cutanée, l'abolition des réflexes, la disparition des pulsations dans le domaine des pédieuses des tibiales et des fémorales sont évidentes. Au Pachon, il est impossible de noter la moindre oscillation. Chez les sujets maigres, on ne peut sentir les pulsations aortiques au niveau du promontoire. La mort survient habituellement en quelques jours. Cette gangrène bilatérale et symétrique des membres inférieurs d'après Aubertin, doit entraîner le diagnostic de thrombose aortique. Les faits de gangrène sénile bilatérale simultanée sont en effet, exceptionnels.

Cette maladie peut être confondue soit avec la colique hépatique, la colique néphritique, soit encore avec l'ulcus gastrique ou duodénal, la colique muco-membraneuse et la cholécystite.

L'examen se termine par l'exploration de l'aorte thoracique; son importance est capitale. Tantôt, en effet, les signes d'aortite sont nets: douleurs, élargissement de la matité, souffle systolique avec ou sans souffle diastolique, l'aortite s'est étendue du thorax à l'abdomen; c'est l'aortite extensive de J. Teissier. Tantôt, au contraire, on ne note aucun signe tho-

racique, ni aortite, ni insuffisance aortique, ni angor, l'aortite abdominale semble primitive; elle reste localisée et ne retentit en aucune façon sur le coeur.

Le traitement de l'aortite abdominale comprend deux parties: le traitement de la crise douloureuse, le traitement de l'aortite elle-même.

Pour calmer la douleur, on devra s'adresser surtout aux hypotenseurs, il semble, en effet, qu'elle soit en rapport avec une crise hypertensive. On peut employer le nitrite d'amyle en inhalation, la trinitrine en solution alcoolique au 1/100e, le nitrite de soude.

Potain recommandait le bromure d'ammonium comme calmant. On peut être obligé d'employer la morphine.

Le traitement de l'aortite est en rapport avec sa cause. En cas d'aortite aiguë d'origine rhumatismale, on donnera le salicylate de soude à doses assez élevées et longtemps prolongées.

L'aortite abdominale d'origine syphilitique devra être traitée d'autant plus énergiquement que ses manifestations sont plus précoces.

A. J.

PREMIERS SIGNES DE L'ARTERIOSCLEROSE.

Les premiers symptômes sont d'ordre spasmodique bien plus que mécanique. Ils consistent fréquemment en troubles sensoriels qui préoccupent beaucoup le malade. Celui-ci les énumère avec un luxe de détails qui souvent évoque à tort l'idée d'une neurasthénie.

Quand l'artériosclérose commence vers la quarantaine, quelquefois même vers la trentaine, son évolution se montre particulièrement grave et rapide. Les artérioscléroses survenant à un âge plus avancé se révèlent plus maniables, plus compatibles avec une longue survie.

Les troubles oculaires sont fréquents au début de cette maladie. Les mouches volantes peuvent inquiéter les malades, mais pas au point de produire l'anxiété comme chez les neurasthéniques.

La pesanteur oculaire, particulièrement le matin au réveil, la fatigue rapide à la lecture ou aux travaux fins, les préoccupe davantage.

Le trouble de la vue survenant par accès temporaires, comme la vue embrouillée, la cécité brusque et passagère, alarme naturellement le malade. Ce trouble tient au spasme de l'artère centrale.

Sur les paupières, on constate de la flaccidité, de la perte du tonus, et un léger oedème à la paupière inférieure. Sur la conjonctive, il y a très-souvent une injection vasculaire chronique, décrite comme spéciale par certains auteurs.

Au pourtour de la cornée, il y a un certain dépoli, une ébauche de cercle sénile. Sur l'iris, on constate du rétrécissement et de la paresse de la pupille.

Du côté de l'oreille le malade peut se plaindre de bruits très variés : tintements d'oreille, sonnerie, jets de vapeur, grondement de vagues, notes musicales.

Les modifications tactiles se traduisent par de la maladresse, des fourmillements, des sensations désagréables, une extrême sensibilité au froid avec cyanose et onglée blanche très facile.

La marche est fréquemment gênée par des crampes, par des secousses électriques, par une hésitation dans le point d'appui du pied sur le sol qui semble mou, élastique, recouvert d'un épais tapis. La claudication intermittante est un peu plus tardive.

Lorsqu'ils sont assis, beaucoup d'artério-scléreux ne se lèvent qu'avec un très grand effort musculaire. Cet effort devient considérable s'ils n'ont pas soin de baisser la tête. Cet abaissement de la tête, cette flexion, soit instinctive, soit volontaire, diminue également l'hésitation de la marche chez les artérioscléreux. Elle atténue le tournoisement qui se produit chez eux quand ils passent, le matin au lever du lit, de la position horizontale à la position verticale.

Chez les débutants de l'artériosclérose, encore moins chez les suspects, on ne saurait évidemment imposer le genre de vie ultra sévère (et parfois trop sévère) qui se trouve classiquement conseillé.

Chez ces sujets il faut surtout se défier des diverses intoxications d'origine alimentaire, médicamenteuse ou professionnelle. Le saturnisme est à craindre chez eux. Il faut se défier des doses massives de certains médicaments ou des sérums. Le salicylate, la quinine, l'arsenic, le mercure aggravent souvent ces états.

Le surmenage dans un air confiné ou à la lumière artificielle est souvent nuisible; le surmenage de la vue particulièrement.

Comme médicaments utiles, les iodiques à doses faibles et longtemps continuës demeurent l'agent principal.

Dans les cas de troubles oculaires et particulièrement de conjonctivite, l'iodure de potassium ou de sodium, même à faible dose de 0 gr. 50 par jour, est souvent mal supporté.

L'addition d'arséniate de soude peut en faciliter la tolérance.

EMPOISONNEMENT PAR LA BENZINE.

Au moment où le gouvernement de la Province de Québec a confié à une commission royale le soin d'étudier la question des "accidents du travail", il n'est pas hors de propos de signaler à son attention un cas nouveau d'intoxication professionnelle, et qui donne à la victime de cette intoxication un droit incontestable à une indemnité. Voici :

Le séjour habituel de certains ouvriers dans une atmosphère chargée des vapeurs de benzine donne lieu parfois à des intoxications très graves pouvant entraîner la mort en quelques jours.

Dans "Le Journal de Médecine de Lyon" (avril 1924), le Dr Cre-mieu rapporte l'observation d'un homme de 25 ans qui était employé à la fabrication de produits pharmaceutiques. Son ouvrage consistait à faire "l'essorage du pyramidon". L'opération en question consistait à remplir une essoreuse d'un mélange semi-liquide pyramidon et de "benzine"; à mettre l'essoreuse en marche, à surveiller le fonctionnement de l'appareil et à le vider. Au cours de cette opération des vapeurs de benzine se dégagent forcément.

Or un bon jour, cet ouvrier se mit à avoir des épistaxis profuses et incoercibles, des taches de purpura sur la poitrine, de légères céphalées, un peu d'élévation de la température, et des hémorrhagies gingivales.

A son entrée à l'hôpital, on eut recours à tous les moyens, même à la transfusion sanguine. En 5 injections, on lui a transfusé jusqu'à 780 c.c. de sang. Tout fut inutile, le sujet mourut 4 jours après, avec sa pleine connaissance.

Quelques 10 années auparavant, on avait observé au même hôpital, une ouvrière atteinte du syndrome du même ordre: éruption purpurique, épistaxis et anémie, après avoir été employée pendant plusieurs semaines à effacer, en les traitant avec de la benzine chaude, des inscriptions sur des articles de bonneterie.

Dans le premier cas, l'examen du sang a donné le résultat suivant, 2 jours avant sa mort:

Globules rouges	900,000
Globules blancs	1,200
Hémoglobine	18%
Valeur globulaire	1

Cette intoxication professionnelle atteint tous les ouvriers vivant dans une atmosphère chargée de vapeurs benziniques. Ce sont d'abord les dégraisseurs, et surtout ceux qui pratiquent le dégraissage à sec, au voisinage immédiat de vastes cuves de benzine; les dégraisseuses de gants, qui nettoient à la benzine les gants dont elles ont préalablement revêtu leurs

main, absorbant par la peau en même temps que par les poumons les produits dangereux, et font facilement des formes d'intoxication aiguë pour peu qu'elles travaillent dans des locaux confinés.

On cite encore parmi les victimes du benzine les ouvriers en caoutchouc et spécialement les fabricants de pneumatiques, qui utilisent la dissolution du caoutchouc dans la benzine; les fabricants de vêtements imperméables, pour le même motif; les ouvriers qui utilisent certains vernis à base de benzol; enfin il faudra désormais ajouter à cette liste ceux qui travaillent à la fabrication de certains produits chimiques pour lesquels le benzine est employé comme dissolvant, c'est le cas de notre essoreur du pyramidon.

Au point de vue clinique, on peut différencier trois formes nettement distinctes. Dans l'une, il s'agit d'intoxication suraiguë, à déterminations nerveuses, reproduisant le tableau de l'intoxication expérimentale massive: le malade perd connaissance, tombe et demeure dans un coma agité de convulsions et de secousses tétaniques analogues à celles de l'empoisonnement par la strychnine; cet ictus benzinique est exceptionnel dans l'industrie. Dans l'autre il s'agit de phénomènes chroniques légers, caractérisés par des troubles digestifs, de la constipation et des altérations sanguines qu'il faut chercher. Ces symptômes disparaissent facilement par la simple suppression du toxique.

La troisième forme, qui tient le milieu entre ces deux extrêmes, est celle dont le cas cité tout d'abord constitue un exemple typique. Ces formes sont aiguës, presque toujours mortelles en peu de jours, sont essentiellement caractérisées par deux ordres de faits: des hémorragies, des altérations sanguines graves.

Les hémorragies éclatent brusquement et affectent d'emblée une abondance inquiétante, se faisant jour tantôt par un point, tantôt par un autre. Ce sont le plus souvent des épistaxis, les gingivorragies, et le purpura.

Cette intoxication professionnelle sans doute n'atteint pas tous les ouvriers manipulant la benzine. Mais il suffit déjà que quelques-uns en aient souffert, pour qu'on s'en occupe dans la loi des accidents du travail. Jusqu'à présent, si je ne me trompe, la loi ne reconnaît comme maladie professionnelle susceptible d'engager la responsabilité civile de l'employeur, que l'hydrargirisme et le saturnisme.

Il est à souhaiter que les pouvoirs publics étendent les bénéfices de la loi à tous les cas où il est manifeste, comme dans les intoxications benziniques, que le produit manipulé est exclusivement responsable de la maladie ou du décès, même en dehors de toute cause accidentelle ou fortuite.

De plus la question de la prophylaxie de ces accidents s'impose à l'hygiéniste. Les inspecteurs du travail devraient tenir la main à ce que les

ateliers où l'on manipule le benzine soient vigoureusement ventilés, à ce que les travaux s'effectuent sous des hottes à appel d'air évitant la stagnation des vapeurs nocives. D'autre part, la loi devrait exiger, dans ces établissements, la recherche chimique des vapeurs benzéniques, et cela d'une façon systématique. Enfin tous ces ouvriers, manipulant le benzine, devraient être soumis à des examens médicaux périodiques, tant cliniques qu'hématologiques. Il est évident que cette dernière mesure seule permettrait de déceler les petis signes de benzénisme dont l'apparition devrait impliquer l'éviction immédiate de l'ouvrier hors de l'atelier malsain jusqu'à disparition constatée de tout symptôme anormal.

A. J.

QUELQUES PENSEES

La prescription des opiacés et de boissons fortes comme remèdes, doit être restreinte dans les limites les plus étroites possibles. L'expérience prouve malheureusement que cette prescription, regardée par certains médecins presque comme une panacée, a été très souvent le commencement d'une passion qui a porté la désolation dans plus d'une famille.

* * *

Un médecin manque à la justice :

- a) — En dépassant dans ses comptes le tarif que lui dictent la coutume, le service rendu, et son honnêteté ;
- b) — En exigeant le prix des visites ou des remèdes qu'il savait d'avance être inutiles ;
- c) — En prolongeant la maladie pour augmenter son salaire ;
- d) — En demandant sans raison suffisante un médecin consultant, ou en omettant de le faire quand c'est nécessaire.

* * *

Le médecin manque à la discrétion et quelquefois à la justice en dévoilant certains secrets de famille. Non seulement la loi civile l'y oblige, mais c'est pour le médecin un devoir d'honneur et de conscience de refuser de répondre, même en cour de Justice, sur ce qui concerne un secret.

* * *

En temps d'épidémie, le médecin comme un soldat intrépide, ne craint pas de braver la mort pour lui arracher des victimes. Cette obligation toutefois n'est de "justice" que quand il s'est engagé envers le public ou quelques particuliers, avec un salaire spécial.

REANIMATION DU COEUR

PAR INJECTION INTRACARDIAQUE D'ADRENALINE.

Dans "La Presse Médicale" du 15 mars 1924, les Drs Lenormant, Richard et Sénèque rapportent deux cas de réanimation du coeur à la suite de syncope cardiaque en cours d'opération.

Les dangers de l'anesthésie n'ont pas encore disparu ; malgré le nombre et la diversité des agents chimiques employés, des méthodes d'application et des appareils, les accidents en cours d'opération restent un sujet de grave préoccupation pour les chirurgiens. Si les troubles d'ordre respiratoire qui, dans leur forme la plus accentuée, aboutissent à l'asphyxie, peuvent être évités par une surveillance attentive de l'opéré et sont combattus assez aisément et efficacement, l'arrêt primitif du coeur, — la syncope blanche des classiques, = est un accident imprévisible et inévitable.

Contre un pareil accident, les chirurgiens avaient quelquefois recours au massage du coeur par la voie intra-abdominale. Mais ce procédé, tout bon qu'il fut, demandait quelques minutes pour s'effectuer ; ce qui faisait perdre un temps précieux. Car c'est un fait d'observation, lorsque la syncope cardiaque dure déjà depuis plus de 10 à 12 minutes, les chances de succès sont très rares. C'est pourquoi certains chirurgiens préférèrent la piqure du muscle cardiaque. La réanimation du coeur est plus certaine.

C'est dans les laboratoires que furent faits les premiers essais d'injection intra-cardiaque d'adrénaline. Winter, en 1905, obtint par ce moyen la réanimation temporaire et même définitive d'animaux tués par le chloroforme.

En 1919, on enrégistre le premier succès chez les êtres humains. Luntz, chez une femme de 56 ans qui présenta une syncope au cours d'une anesthésie, injecta, au bout de 4 à 5 minutes, un milligr. d'adrénaline dans le coeur ; les battements reprirent après 30 secondes, puis bientôt les mouvements respiratoires, et la malade guérit.

Le succès dépend de la précocité de l'injection. Toutes les survies définitives ont été obtenues après des arrêts du coeur ne dépassant pas 5 à 6 minutes, souvent même moindres. Aussi en raison de sa simplicité d'exécution, de son efficacité, et de son innocuité, l'injection intracardiaque d'adrénaline doit être employée sans hésiter dès le début de la syncope.

Le lieu d'élection pour la ponction est à la partie interne du 4^e espace intercostal, au ras du sternum ; on évite à coup sûr les vaisseaux mammai-

res, la plèvre et le poumon; l'injection est faite dans le ventricule droit; les faits ont montré que le résultat est le même que l'on injecte dans l'une ou l'autre des cavités cardiaques ou même dans l'épaisseur du myocarde.

La dose initiale à injecter est de 1 à 2 cmc. de la solution au millième (donc 1 à 2 millgr. d'adrénaline); on peut la répéter plusieurs fois si c'est nécessaire. Le Dr Toupet a pratiqué dans un cas 6 injections successives de 1 milligr.

L'aiguille dont on se sert est celle que l'on emploie pour la ponction lombaire.

Jusqu'à présent, sur 31 tentatives faites chez l'homme pour syncopes opératoires, on a constaté 17 survies définitives, soit une proportion de 55 pour 100 de succès.

Le nombre des survies ne laisse pas cependant d'être impressionnant. Et ce qui ne l'est pas moins, c'est ce fait que, dans tous les cas sans exception, la réanimation au moins temporaire du coeur a été obtenue, que des battements réguliers se sont établis—et cela parfois après que le massage direct du coeur était resté sans effet. L'action héroïque de l'adrénaline sur le coeur arrêté apparaît donc indiscutable; l'essentiel est d'y recourir à temps.

C'est en effet une méthode thérapeutique particulièrement simple et active.

A. J.

ANGINE DE POITRINE

Contre la crise d'effort:—La médication classique par les vaso-dilatateurs: nitrite d'amyle, trinitrine, tétronitrol, morphine. Il sied de signaler les dragées de trinitrine caféinées dites de Dubois qui dérivent de l'excellente formule de Vaquez et peuvent être toujours à portée de la crise. Voici la formule de Vaquez:

Solutoin alcoolique de trinitrine à 1/100	LX gouttes
Chlorhydrate d'héroïne	0 gr. 05 cgr.
Benzoate de soude	2 grammes
Sirop d'éther	60 grammes
Caféine	1 gramme
Eau distillée q. s. p.	100 cc.

Une cuillerée à thé contient environ 3 gouttes de trinitrine, $\frac{1}{4}$ de centigramme d'héroïne, et 5 centigr. de caféine. De une à 3 cuillerées à thé pendant les crises.

CURIOSITE

GROSSESSES MULTIPLES

Dans un article publié dans la "Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique" (mars 1924), le professeur G. Cristalli (Naples), en étudiant le mouvement démographique à Naples de 1914 à 1919, eut à constater une augmentation progressive impressionnante des accouchements multiples. Celle-ci ne s'est pas arrêtée et a même été en s'accroissant dans les deux années suivantes, 1920-1921.

Les chiffres à eux seuls sont assez éloquentes :

En 1914	25	accouchements	gémellaires
	0	—	triple
En 1915	23	—	gémellaires
	1	—	triple
En 1916	81	—	gémellaires
	1	—	triple
En 1917	94	—	gémellaires
	2	—	triples
En 1918	124	==	gémellaires
	2	—	triples
En 1919	177	—	gémellaires
	1	—	triple
	1	—	quadruple.
En 1920	266	—	gémellaires
	7	—	triples
En 1921	289	—	gémellaires
	5	—	triples.

Comment expliquer ce phénomène ?

L'auteur semble se rattacher à l'idée que la natalité est en raison inverse avec les conditions de bien-être social. D'après la loi de Spencer, la fécondité est en raison inverse du niveau de la classe sociale à laquelle appartiennent les individus. Les statistiques donnent un large appui à l'opinion suivante : à savoir que les peuples les plus pauvres sont les plus prolifiques. Le professeur Cristalli conclut de là que l'alimentation déficiente exalte ou peut exalter chez la femme la fonction ovuligène.

Une pareille affirmation pourrait sembler un paradoxe, mais seulement en apparence: même chez la femme, une alimentation abondante, un véritable engraissement, affaiblit le sens génésique comme la fonction ovarique. Même pour la femme, pourrait être vrai le phénomène de la poule grasse qui fond peu d'œufs.

Si cela est vrai (et cela a certainement toutes les apparences du vrai), nous devons attribuer la prolificité des peuples pauvres à l'alimentation rare ou insuffisante de leurs femmes.

L'augmentation progressive des grossesses multiples au cours de la guerre et de l'après-guerre, semble venir en confirmation de cette idée.

ALBUM MEDICAL

Le Dr Pidoux, de son vivant membre de l'Académie de Médecine, est l'auteur d'une brochure intitulée: "De la nécessité du spiritualisme pour régénérer les sciences médicales". C'est dans cet opuscule que se trouve souvent la phrase citée: "Je donnerais toute la science humaine pour ma croyance à l'autre vie."

Rapprochons maintenant cette pensée de celle de Pasteur qui se vantait d'avoir la foi du charbonnier, et qui, à son dire, se serait cru encore plus heureux s'il avait eu la foi de la paysanne bretonne.

De nos jours encore, comme aux temps de Quintilien, il faut "préférer la vertu au savoir".

* * *

L'histoire de la médecine enseigne la modestie. Les anciens s'imaginaient spéculer sur des notions définitives; les modernes partagent des illusions semblables. Quelles interprétations formulées aujourd'hui seront encore acceptées demain! Il suffit d'un progrès dans une technique pour remettre en question les vérités qui semblaient les mieux assises. Oui l'histoire de la médecine enseigne la modestie.

L'humilité laisse pénétrer la lumière, elle éteint les clartés troubles de l'amour-propre qui voile le regard, et elle ne s'offense pas des talents vrais, où qu'ils naissent.

Quels progrès plus grands en médecine eussent été réalisés si ceux chargés de conduire la barque n'avaient été de tout temps trop confiants dans leur savoir. Car une trop haute opinion de son mérite devient un obstacle au progrès.

CORRESPONDANCE

30 avril, 1924.

M. l'Abbé Anselme Bois,
Mansonville.

Monsieur l'Abbé,

Je constate avec regret que vous avez mal interprété ma pensée au sujet de la cure au lait en ne citant pas mon texte intégralement et, je vous prierais, en conséquence, de vouloir bien omettre mon nom des annonces que vous publiez actuellement dans les journaux.

Il est bien vrai que j'ai expérimenté cette méthode dans certaines maladies ayant pour cause l'intoxication et les cas d'insuffisance hépatique ou rénale, et je dois admettre que j'en ai retiré les meilleurs résultats. Mais il ne faut pas se faire d'illusion. Je suis loin d'être un partisan aveugle de la cure lactée et encore moins de prétendre qu'elle soit la panacée, le grand remède à tous les maux. Il n'y en a pas, du reste, en médecine. Ce sont des exagérations de cette nature qui, vous l'admettez avec nous, compromettent les meilleures causes.

Il est des cas où le caractère tenace, voir même incurable d'une maladie, nous oblige à recourir tôt ou tard au régime lacté. C'est le régime de désintoxication qui s'impose, par exemple, à des malades qui semblent avant tout des intoxiqués ou qui souffrent du foie. S'il est utile, c'est parce qu'il met en repos le tube digestif et ses annexes ainsi que le système nerveux, c'est parce qu'il lave les tissus et entraîne au dehors les déchets qui en gênent le fonctionnement. C'est pourquoi il est d'une façon générale l'aliment des intoxiqués; mais, pour produire des bons résultats, il est une condition essentielle sur laquelle j'attire votre attention: *c'est que le lait doit être digéré*. Le lait, en effet, a beau être un aliment, ce n'est pas ce que l'on mange mais ce que l'on digère qui nourrit. Tous les médecins qui ont fait un essai loyal du régime lacté se sont heurtés à la grande difficulté: "l'indigestibilité du lait", c'est qui les a obligés à recourir à des moyens généraux capables à la fois de relever l'énergie vitale et les aptitudes digestives, et d'agir comme préventifs de la dépression rapide qu'amène, surtout chez les affaiblis, l'usage du lait. Entre tous ces moyens, je donne la première place au *changement de milieu*, joint à l'emploi judicieux des agents physiques et naturels (air, eau, soleil, massages, etc.) seuls capables de modifier la nutrition générale, de doubler les aptitudes digestives et de régulariser les réactions nerveuses.

La diète lactée comporte indépendamment des moyens généraux capables de la seconder tout un ensemble de moyens particuliers qui consti-

tuent les précautions à prendre avec le régime lacté. La première, c'est de prescrire *du lait champêtre*, c'est-à-dire du lait naturel de la campagne, en d'autres termes, de vaches nourries, autant que possible, de l'air, de l'herbe et des produits des champs.

La seconde précaution importante, est de donner le lait écrémé. On devra aussi prévenir la constipation par des moyens appropriés.

Vous me pardonnerez si j'ai pris la liberté de vous donner tous ces détails que j'ai dû forcément résumer. D'après mon expérience, la cure au lait ne sera efficace que si elle est appliquée dans les conditions voulues et seulement dans certaines affections sous la direction immédiate du médecin. J'espère, Monsieur l'Abbé, que vous prendrez ces quelques remarques en bonne part et que vous ferez droit à ma demande en supprimant mon nom de toute annonce Ré-cure au lait.

Veuillez agréer, Monsieur l'Abbé, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Charles de Blois.

ORIGINE DU NOM DE TROUSSEAU

Trousseau fut un jour curieux de savoir d'où venait son nom, quelle était son origine, sa signification, son étymologie. Il s'adressa, dans ce but, à l'érudit docteur Chereau, bibliothécaire de la Faculté, qui, à en juger par la réponse que lui fit Trousseau, dut donner toute satisfaction à ce dernier. Voici la lettre du savant professeur :

Mon cher ami,

Samedi, 6 janvier, 1866.

J'ai reçu votre petite lettre, si bien *troussée* ! Il est bien clair que, lors de l'affranchissement des serfs au moyen âge, un de mes aïeux a dû être chargé par le seigneur de *détrousser* les pauvres paysans, pour composer le *trousseau* de la fille qu'il avait à marier, exactement comme nos excellents rois *détroussaient* nobles et vilains, quand ils voulaient faire le *trousseau* des princesses qu'ils destinaient à quelque couronne.

La *trousse* médicale, cette boîte de petits instruments, dérive encore du *trossa* dont vous me parlez, et si, quand on *trousse* une dinde c'est habituellement pour arranger et lier ensemble les pattes et les ailes, je ne suis pas sûr que ce soit avec la même intention que l'on *trousse* quelquefois autre chose.

Tout à vous,

Trousseau.

N'est-ce pas d'un tour d'esprit charmant ?

(de l'Esprit d'Esculape)

CHRONIQUE

MÉDICAMENTS — FORMULES — FRANÇAIS

Les 2000 médecins de la province de Québec ne fabriquent pas leurs médicaments, ils les prescrivent; les quelque trois ou quatre cents pharmaciens, qui remplissent les millions de prescriptions pour les médecins, ne fabriquent pas les drogues, ils les vendent.

Toutes ces drogues prescrites par le médecin et distribuées par le pharmacien sont extraites ou fabriquées par une poignée de manufacturiers.

Chaque once de drogue prescrite, vendue et absorbée par le patient vient d'une de ces maisons.

Pour avoir le droit de prescrire le médecin doit faire un cours complet de médecine, de cinq ans.

Le pharmacien, pour pouvoir remplir les prescriptions du médecin doit également faire un cours d'étude complet, aussi long que celui du médecin.

Le manufacturier lui, n'a qu'à suspendre une grosse affiche anglaise au dessus de sa porte et le voilà diplômé pour vendre aux quatre coins du Canada, les élixirs et les pilules sur lesquels le patient escompte un soulagement ou une guérison.

Vous avez là, en abrégé, comment on devient manufacturier de drogues.

Il n'existe pas encore, dans notre Province, d'institution assez puissante pour faire le contrôle des médicaments vendus. Nous sommes à la merci des manufacturiers.

Un certain nombre, il faut l'avouer, ont à leur tête des chimistes compétents, mais la majeure partie, nous croyons, n'en a pas. Et d'ailleurs, même les maisons sérieuses, nous vendent de la camelote.

A une assemblée de l'Association Médico-Chirurgicale des comtés de Memiscouata et de Madawaska, la question fut mise à l'ordre du jour et l'on apprit qu'un grand nombre de drogues que les médecins prescrivent ne produisent pas les effets qu'on en attend.

On prouva même que beaucoup de pilules fabriquées par des maisons sérieuses ne se dissolvent pas et sont rendues, à peu près intactes, par l'anus.

Personnellement nous avons fait l'essai de toute une série de pilules dans de l'eau pure, acidulée, alcaline, et nous avons pu en conserver intactes, moins la couverture de chocolat, pendant deux mois.

Que peut-on espérer de tels "boutons" au point de vue thérapeutique?

Nous prions les manufacturiers de porter une plus grande attention à ce détail qui compte.

Et que dire de toutes les combinaisons ridicules qu'on nous offre.

Le fait de mentionner la chose devrait suffire à attirer l'attention des médecins et des manufacturiers..

Pourquoi vendez-vous telle pilule, demandions-nous à un représentant d'une maison sérieuse, vous savez bien que cette formule est ridicule? Mais, mon cher docteur, c'est qu'il y a des centaines de médecins qui l'achètent, probablement sans contrôler la formule.

Des plaintes ont déjà été portées, car plusieurs confrères ont dû recevoir des lettres-circulaires de certaines maisons disant qu'elles porteraient une attention spéciale à la fabrication de leurs pilules, etc. Intéressons-nous un peu plus aux drogues que nous prescrivons, contrôlons les effets, à la campagne nous pouvons le faire plus facilement qu'à la ville, où le médecin prescrit et ne garde pas de médicaments.

* * *

Formules: Une autre question est la publication intégrale de la formule des médicaments que nous achetons ou prescrivons.

Il semblerait que le bon sens veut que nous sachions au moins ce que nous donnons à nos malades. Autrement, ça rase le charlatan et le remède secret.

Remarquons qu'on nous donne, même dans les catalogues, une partie seulement des formules et très souvent ce sont des incompatibilités thérapeutiques.

Nous avons déjà attiré l'attention des confrères, ici même, au sujet des "digestives aromatiques" et de la "pepsine lactée". Le médecin le sait et il continue à acheter et prescrire ces drogues et alors le manufacturier est obligé de continuer à fabriquer.

Et ces pauvres malades !....

* * *

Le Français: S'il existe une chose au monde à laquelle nous devons tenir, c'est bien à celle du respect de notre belle langue française. Le prochain congrès des médecins de langue française, qui se tiendra à Québec, à l'automne, est une belle occasion pour réveiller la patriotisme et nos droits que plusieurs confrères semblent vouloir néglier.

A quoi bon, dit-on, laissons donc faire. Il n'y a pas de "laissons faire", notre langue est la plus belle et la plus ancienne du continent et elle a droit de lever la tête au-dessus de l'autre et de figurer en lettres d'or partout dans le Canada.

Le "laissons faire" nous a conduit au point où, aujourd'hui, il faut batailler, quasi à coup de bottes, pour faire respecter notre langue.

Sans entrer dans aucun domaine, autre que celui qui nous intéresse, disons un mot, au sujet de notre langue dans nos rapports avec les gens qui sollicitent notre encouragement.

Nous voulons parler des manufacturiers de drugs.

Depuis cinq ans, soit exactement en 1919, par la parole, les écrits et surtout par l'action, nous n'avons cessé de réclamer du français de toutes les maisons qui désiraient notre encouragement.

C'est une question de principe et d'égalité de droit dont nous ne nous départirons pas, quoiqu'il advienne.

Pour illustrer notre démonstration, il est utile, nous croyons, de citer un exemple qui fera ouvrir les yeux à bon nombre de confrères, qui croient devoir céder aux sollicitations de représentants canadiens-français, lesquels vous approchent en qualité de tels, ils tâchent de vous persuader qu'en n'achetant pas les produits de leur maison c'est à eux qu'on fait tard et non à la maison qu'ils représentent.

En soi, cet argument a une certaine valeur, par ricochet. Mais plier sous les doléances d'un canadien-français représentant une maison dont le président vous écrit que le français est : "*out of the question*", serait sacrifier un droit sacré et céder énormément de terrain.

Et d'ailleurs, pourquoi le ferions-nous ? Il y a plusieurs maisons canadiennes-françaises, sérieuses, aujourd'hui qui nous offrent des produits de première qualité et aussi plusieurs maisons anglaises qui publient des catalogues français et qui méritent d'être encouragés.

* * *

Suit le récit d'une polémique entre le Dr Dubé et une maison de commerce anglaise, fabricant de pilules, qui considère que le français est "*out of question*" dans le commerce des médicaments. Pas besoin d'ajouter que le Dr Dubé a cessé de faire des affaires avec cette maison. Son exemple a été suivi par plusieurs de ses confrères.

Le Docteur Dubé termine sa chronique par les lignes suivantes :

Un des derniers arguments des représentants de cette classe de maison de commerce, argument qui peut faire réfléchir, mais auquel il ne faut pas ajouter foi est celui-ci :

"Mais, docteur, vous êtes le *seul* qui demandez des factures et un catalogue en français, convenez qu'on ne peut faire une telle dépense pour vous ?

Étais-je vraiment le seul ?....

Le hasard a voulu, dernièrement, qu'étant sur le train avec deux confrères du Nouveau-Brunswick, le même représentant qui m'avait affirmé que j'étais le *seul*, s'y trouvait.

J'abordai la question et dis à mes confrères que j'étais le seul, d'après M. X.... ; d'un commun élan : "Nous non plus nous n'achetons pas de vous pour la même raison."

Et nous voilà trois.... et il y en a d'autres, j'en suis certain, et surtout il y en aura encore d'autres.....oui, il y en aura tellement d'autres que nous aurons du français sans être obligés de le mendier...

Nous voulons du français partout, pas de miettes, telle une annonce française sur un buvard pour dire: où on donne du français, voyez!...

En certains milieux nous passerons pour "fanatiques" nous en sommes convaincu, mais qu'est-ce qu'une épithète de plus ou de moins, peut-être ignore-t-on de quels qualificatifs on se sert à l'égard des Canadiens-français.

Les confrères auraient tort de croire que toutes les maisons anglaises nous refusent le français. Il y en a plusieurs qui font toute leur correspondance en bon français et qui publient catalogue français.

Terminons, ici, ces remarques, pour aujourd'hui, et surtout prenons la résolution de demander du français.

Si vous craignez de l'oublier, lisez "La Tragédie d'un peuple".

Dr. L.- F. Dubé.

L'Etat dyspeptique, par Léon MEUNIER, 1 vol. in 18, 126 pages avec 44 illustrations. Prix: 8 francs, chez Masson & Cie, éditeurs, Paris.

La dyspepsie est un vrai casse-tête chinois. Cet ouvrage met entre les mains du praticien un vrai "fils d'ariane dans le dédale dyspeptique".

La dyspepsie est actuellement une source de complications, qu'on l'envisage au point de vue pathogénique ou au point de vue du traitement rationnel.

L'auteur définit l'état dyspeptique, passe en revue les diverses modifications pathologiques, expose les modes d'examen physiques, cliniques, radiologiques, puis aborde la question du traitement.

Polioyélite. — Méningite cérébro-spinale. — Encéphalite léthargique. — Zona. — Diphthérie, par le Docteur H. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-16 de 348 pages, 14 francs, franco-France: 15 fr. 40. Gaston Doin, éditeur, Paris.

La pathologie infectieuse s'est enrichie de connaissances nouvelles résultant de la description de virus, non figurés ou non encore appréciables à nos moyens actuels d'investigation et possédant la propriété de traverser les filtres en porcelaine. D'où le nom de virus filtrants donnés à ces agents infectieux. Dans ce cadre se range définitivement la poliomyélite de l'enfance, et une maladie muqueuse qu'on a appelée d'abord encéphalite léthargique. On a mis au point dans ce volume les acquisitions récentes de la bactériologie à ce sujet. Mais ne perdant pas de vue le côté pratique et prophylactique que ces connaissances nouvelles entraînent, on a mis en évidence, en particulier pour la poliomyélite la fréquence et l'importance des formes frustes.

L'auteur s'est également étendu sur l'épidémiologie et la prophylaxie de ces différentes maladies dont l'extension dans certains pays est devenue menaçante.

Ces notions nouvelles permettent de donner à certains symptômes, comme les coryzas et les angines en apparence banales, une importance pathologique considérable tant au point de vue du traitement curatif qu'à celui de la prophylaxie.

Quant au traitement on a indiqué les premiers essais faits avec le sérum de convalescent dans la poliomyélite, et avec détails les indications fondamentales de la sérothérapie dans les différentes formes de la méningite cérébro-spinale, en particulier chez les nourrissons où le diagnostic souvent obscur et difficile doit cependant être fait le plus tôt possible pour éviter la mort ou les complications les plus redoutables.

Cet ouvrage est un livre de bibliothèque que tous les praticiens se doivent de posséder.
