

OCTOBRE 1902

SOMMAIRE

MÉMOIRES

- 611 — Deux observations personnelles de lépre nerveuse
prouvant sa curabilité et sa contagiosité. *Valin*
639 — Troubles et maladies de la nutrition..... *Daigle*
-

REVUE GÉNÉRALE

- 649 — De la conduite à tenir dans les contusions de
l'abdomen..... *Monod*
-

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

- 655 — Des médecins et sociétés de secours mutuels..... *Dubé*
-

ANALYSES

MÉDECINE

- 662 — Rétrécissement de l'œsophage et radioscopie. —
Le régime alimentaire des tuberculeux..... *Le Sage*

CHIRURGIE

- 663 — Tic douloureux de la face et examen pathologique de 15 ganglions de Gasser.— Ablation de ganglions tuberculeux du cou, versus tuberculose miliaire.....*St-Jacques*

OBSTÉTRIQUE

- 665 — Un cas d'embryotomie rachidienne pratiquée sans l'aide d'aucun instrument.—Traitement de l'éclampsie.....*LeSage*

PÉDIATRIE

- 667 — Traitement de la syphilis des nouveaux-nés.....*LeSage*

THÉRAPEUTIQUE

- 668 — Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et de son traitement par le bromure de camphre.....*Chagnon*
 Traitement de l'épilepsie par la bromuration sans sel.—De la constipation et de son traitement.....*LeSage*

PHARMACOLOGIE

- 671 — Formules diverses contre le tœnia, — le rhumatisme musculaire, — les hémorroïdes procidentes et non-procidentes, — la dentition.

BIBLIOGRAPHIE

- 672 — Notes pratiques sur l'hydrothérapie, l'électricité et les Rayons X, par le docteur DeBlois.*LeSage*

MEMOIRES

DEUX OBSERVATIONS PERSONNELLES DE LÈPRE NERVEUSE PROUVANT SA CURABILITÉ ET SA CONTAGIOSITÉ⁽¹⁾

Par C.-N. VALIN

Professeur agrégé à l'Université Laval de Montréal.

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Voici, messieurs, deux lépreux, présentant la lèpre sous sa forme nerveuse. Ces malades sont intéressants parce que, de l'observation de chacun de ces cas, se dégagent des conclusions du plus haut intérêt scientifique, en ce sens qu'elles contredisent, non pas peut-être un dogme médical, mais une opinion très répandue parmi les médecins, Ainsi, l'on croit que la lèpre est incurable, or, vous allez constater la guérison chez le premier de ces malades. L'on croit encore que, si la lèpre tuberculeuse est contagieuse, la lèpre nerveuse ne l'est pas, or vous allez prendre dans le second cas la contagion en flagrant délit. Mais, outre cet intérêt purement scientifique que comportent ces observations, elles nous offrent aussi l'occasion unique d'apprendre à connaître une maladie qui, quoique très rare parmi nous jusqu'à présent et inconnue pour cette raison à la grande majorité des médecins de notre pays, peut se présenter plus fréquemment dans l'avenir, passant, grâce à notre ignorance, en contrebande avec l'immigration exotique qui augmente à vue d'œil. Notre ville de Montréal n'est-elle pas en passe de devenir l'une des villes les plus bariolées de cosmopolitisme? La lèpre tuberculeuse, à cause de ses lésions tégumentaires bien apparentes et même repoussantes, attire facilement les soupçons: au contraire, la lèpre nerveuse peut facilement passer en contrebande sous le déguisement d'une maladie pure et simple du système nerveux, par exemple sous l'apparence d'une paralysie faciale, d'une paralysie de la main, type Aran-Duchêne, d'une syringomyélie, de la maladie de Raynaud, de la maladie de Morvan, etc. L'histoire de ces malades confirme ce que je viens de dire puisque, à l'hôpital Général et à l'hôpital Royal Victoria, on n'a pas reconnue leur

(1) Communication inscrite au Congrès Medical de Québec, 25, 26 et 27 juin 1902.

maladie. Je ne dis pas cela pour le simple plaisir de critiquer mais pour vous faire voir qu'il y a avantage et nécessité de mieux connaître la lèpre afin de l'empêcher de prendre pied à terre dans nos ports, ou créer des foyers au milieu de notre population exotique. Cette crainte n'est pas exagérée puisque l'histoire nous apprend qu'une femme lépreuse, venue de St-Malo, a créé un foyer de lèpre au Nouveau-Brunswick, foyer qui n'est pas encore éteint malgré qu'il date du commencement du siècle dernier. Un hôpital pour les lépreux y fut construit en 1844; en 1849, le gouvernement fit ériger un lazaret, à Tracadie. Jusqu'à 1882, 150 malades y ont été soignés. Et d'abord, pour dissiper l'erreur d'un très grand nombre de médecins qui croient que la lèpre est une maladie biblique depuis longtemps disparue devant les harcèlements de la civilisation moderne, je vous prierai de jeter les yeux sur la carte géographique de la lèpre dressée par Leloir. Un bon tiers du globe terrestre est couvert par cette terrible maladie. Vous la voyez souiller, en Europe: l'Islande, la Norvège, la Finlande, le Portugal, le sud de l'Espagne, la Sicile, la Grèce, l'île de Crète, la Turquie, le sud la Russie; en Asie: l'Asie-Mineure, l'Arabie, la Perse, l'Indoustan, l'île de Sumatra, le royaume de Siam, le Tonkin, le littoral de la Chine, le Japon, les Philippines, Bornéo; en Australie: la Nouvelle-Galles du Sud; en Afrique: le Maroc, l'Algérie, l'Égypte, la Mozambique, Madagascar, Colonie du Cap, le Transvaal, Congo, le Soudan, le Sénégal; dans l'Amérique du Sud: le Brésil, la Guyane, le Vénézuéla, la Colombie, l'Équateur, les Antilles, Cuba, Haïti, la Guadeloupe, Barbades, Trinidad; dans l'Amérique du Nord: le Mexique, la Louisiane, la Californie, l'Orégon, les États-Unis du Nord-Ouest, New-York; Groënland, Cap-Breton, le Nouveau-Brunswick (Canada).

Vous le voyez, messieurs, la lèpre est loin d'être une simple curiosité historique conservée dans quelques îles lui servant de musées. Au contraire, même notre pays n'est pas vierge de ce mal qui a élu domicile chez nos cousins les Acadiens.

Ce ne sera donc pas du temps perdu que celui que nous

allons consacrer à apprendre à connaître une maladie épouvantable qui, grâce à la marée montante de l'immigration exotique, menace de se montrer plus fréquemment sur nos rives.

Avant, messieurs, de vous communiquer le détail des deux observations et d'en tirer les conclusions annoncées plus haut, il me paraît nécessaire, vu qu'il s'agit d'une maladie qui ne nous est pas du tout familière, d'esquisser à grands coups de pinceau la physionomie de la lèpre dans ses diverses modalités cliniques, afin que vous appreniez à la reconnaître et puissiez apprécier toute la justesse et la valeur du syndrome présenté par ces deux malades.

I. — DÉFINITION

Et d'abord, qu'est-ce que la lèpre? C'est une *bacillose* spéciale dont l'agent microbien spécifique est le *bacille de Hansen*, qui s'attaque à peu près exclusivement à l'organisme humain, envahissant tous les organes, mais ayant une prédilection pour la peau et le système nerveux. La lèpre a donc une tendance naturelle à s'extérioriser par des symptômes tégumentaires ou nerveux, ou même les deux à la fois.

Quelques caractères propres au bacille de Hansen. — Le bacille de Hansen, découvert en 1871, ressemble sous certains rapports au bacille de Koch, mais il est plus rectiligne, plus court, plus mince; il fixe plus avidement la couleur de fuschine et la cède moins facilement sous l'action mordante des acides, même au tiers. Il se colore dans des colorants de toute réaction, alcaline, acide ou neutre contrairement au bacille de la tuberculose qui ne prend que les alcalins. Il a des renflements noueux qui sont des spores. Il se présente en amas zoogléiques et en quantité prodigieuse. Il a une atmosphère mucilagineuse qui favorise ces amas. Il est cultivable d'après Neisser et Hansen dans le sérum humain gélatinisé et sur l'albumine de l'œuf. Sa résistance au temps est très considérable, ainsi Kobner a retrouvé des bacilles dans un fragment lépreux oublié pendant dix ans. Il peut même,

d'après Hallopeau, demeurer à l'état latent pendant trente ans, ce qui expliquerait les longues incubations. Les conditions qui déterminent sa virulence sont encore inconnues. Mais ce que l'on sait par l'observation c'est que le bacille a été vaincu par les pratiques hygiéniques de notre civilisation moderne et qu'il ne se développe que par les contacts répétés et prolongés de la promiscuité, par l'encombrement et la misère. Il est cosmopolite, car il se développe dans tous les climats. Toutes les races et tous les hommes sont égaux devant lui. Cependant il n'est pas vif à contagionner comme le prouvent la difficulté des inoculations à l'homme. Les inoculations à l'homme qui ont réussi sont peu nombreuses et ont même soulevé des discussions. Les inoculations aux animaux n'ont pas réussi; en ce'a le bacille de Hansen ressemble au germe infectieux de la syphilis. Un auteur aurait réussi à inoculer un singe, mais il a fallu déposer dans les méninges le véhicule de la contagion. Tout ce'a démontre que la contagion de la lèpre est relativement lente.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'histoire pathologique du bacille de la lèpre est encore entourée de mystères à cause de la difficulté des inoculations. Cependant les recherches sur l'homme malade de lèpre nous renseignent sur un grand nombre de points intéressants. On sait qu'il se répand dans tous les organes; qu'il s'agglomère dans les espaces lymphatiques et périvasculaires de l'hypoderme où il affecte la circulation en la comprimant ou en y créant des thromboses qui expliquent les asphyxies locales; que sa présence entraîne des modifications dans le système nerveux central et périphérique qu'il impressionne par sa propre présence ou par sa toxine, le résultat étant une névrite interstitielle avec ses conséquences: hypéresthésie d'abord, anesthésie ensuite, troubles trophiques enfin. Il a été vu dans la moëlle où l'on a constaté des cavités péri-épendymaires en tout semblables à celles de la syringomyélie. Il a été trouvé dans ces cornes antérieures de la moëlle ce qui explique les

troubles d'atrophie progressive. Il a été vu dans le sang, mais très rarement il faut l'avouer, au point qu'on l'a d'abord nié.

On peut résumer son action sur l'organisme en disant qu'il irrite d'abord les tissus, provoque la néoplasie et amène finalement la nécrobiose. La virulence du bacille peut subir parfois un ralentissement considérable ou même un arrêt qui explique les rémissions prises pour la guérison. Les bacilles peuvent disparaître de certains foyers qui sont alors comparables à des volcans éteints. Cette disparition des bacilles s'explique par l'épuisement du terrain, cet épuisement étant le résultat de la transformation conjonctivo-fibreuse et l'absence de circulation. Alors le microbe, pris de disette, ne trouvant plus les conditions nécessaires à sa vie, subit à son tour la loi de la mort. Toutes ces notions pathologiques, messieurs, vous aideront à mieux comprendre les modalités cliniques de la lèpre et la raison de sa symptomatologie.

III. — MODALITÉS CLINIQUES

Le syndrome lépreux est l'expression extériorisée d'une infection ayant par conséquent des prodromes qui sont communs à toutes les infections, cependant, avec une allure plus lente. Ces *prodromes communs* sont : fièvre légère, courbature, céphalalgie, douleurs lombaires, articulaires, musculaires, troubles digestifs, épistaxis. Mais il y a aussi des *prodromes particuliers* tels que : prurit, hypéresthésie, tendance au sommeil, irritation de la muqueuse aérienne, satyriasis, troubles de la sécrétion sudorale et sébacée, légère oppression, éruption pemphigoïde.

Après cette *période de germination et d'envahissement microbien* vient celle de la *systématisation* en lèpre tégumentaire ou nerveuse, selon l'orientation de la mobilisation bacillaire.

(a) Lèpre tégumentaire

Si l'agression bacillaire est dirigée contre la surface cutanée il en résulte la lèpre tégumentaire dont l'évolution comprend

trois périodes: 1° la *période éruptive*; 2° *néoplasique tuberculeuse* (léprôme); 3° *ulcérativ*e.

1° *période éruptive*. — Ici se montre un *triade symptomatique* d'une importance capitale parce qu'elle est caractéristique de la lèpre et parce qu'étant au seuil de la maladie elle est propre à accuser la maladie, facilitant ainsi un diagnostic précoce. Cette triade symptomatique se compose des éléments suivants: *érythémateuse, dyschromie, dysesthésie*.

Erythémateuse. — Le premier phénomène de cette période est l'apparition de taches d'une couleur allant du rose au rouge sombre et livide. Ces taches sont pour la plupart *arrondies*, mais quelques-unes sont irrégulières. Leurs bords sont prononcés, parfois saillants. Elles apparaissent de préférence sur la face, les extrémités supérieures et inférieures, sur les épaules et les fesses.

Dyschromie. — A côté de ces taches plus ou moins rouges apparaissent des taches, les unes très brunes, couleur café, par *hyperpigmentation*, d'autres pâles, couleur de chamois, par *dépigmentation*.

Dysesthésie. — Les troubles de la sensibilité, l'*hypéresthésie*, surtout l'*anesthésie* complètent la triade pathognomonique.

Le système nerveux impressionné par la toxine ou par le bacille lui-même est troublé dans ses fonctions et traduit sa souffrance par l'hypéresthésie, par la dissociation de la sensibilité qui est une perversion et enfin sa déchéance par l'anesthésie.

L'anesthésie est un symptôme d'une importance capitale et la pierre de touche du diagnostic de la lèpre, car c'est grâce à elle que nous distinguons la lèpre des dermatoses qui peuvent présenter une apparence objective semblable et des maladies nerveuses qui peuvent lui ressembler.

La connaissance et la valeur de ces premières manifestations sort d'une importance considérable pour un diagnostic précoce parce que la maladie peut s'ancre dans cette première phase pendant des mois.

Quand l'évolution reprend sa marche en avant, la circulation périphérique est de plus en plus empêchée, alors, les ex-

trémities bleuissent, se refroidissent, s'infiltrent, la tuberculisation est en train de s'opérer.

2° *Période néoplasique-tuberculeuse.* — Le derme infiltré, œdémateux est mamelonné de saillies ou nodosités rouges, quelquefois violacées, plus ou moins nombreuses, appelées *léprômes*. Les ganglions sont hypertrophiés par la lutte contre l'infection. L'infiltration de la face et des extrémités compromet le fonctionnement des glandes cutanées et la vitalité du système pileux, alors la peau devient sèche et les sourcils se dégarnissent de leur revêtement pileux. Les muqueuses oculaire, nasale et pharyngienne sont le siège de tuberculisation provoquant des troubles fonctionnels dans ces organes: on verra des taches opaques sur la cornée, des croutelles noivrâtes à l'orifice nasal, la pharyngite établira une soif continue, la phonation sera altérée, la voix rauque. L'infiltration des tissus, le tiraillement et la déformation des traits et des sillons naturels composent un *facies spécial* appelé *léonin* qui fait que tous les lépreux se ressemblent.

3° *Période ulcéralive.* — La circulation de plus en plus raréfiée amène la nécrobiose des léprômes, la période ulcéralive est constituée.

La variété tuberculeuse que je viens de décrire sommairement ne peut évoluer sans une certaine participation du système nerveux qui se trouve englobé dans ce processus morbide d'infiltration, de néoplasie et d'ulcéralion. Mais les troubles nerveux se bornent à l'*anesthésie des léprômes*.

(b) *Lèpre nerveuse-trophoncurotique*

Le bacille, au lieu de mobiliser toutes ses forces contre l'organe cutané, s'attaque, ici, surtout et parfois exclusivement au système nerveux central ou périphérique. Vous le présez, le tableau clinique devra différer du précédent. Il réclame toute votre attention car ici les erreurs sont plus fréquentes:

Dans cette variété de lèpre le bacille déserte le tégument externe pour se faufiler le long des vaisseaux jusqu'aux troncs

nerveux qu'il irrite d'abord et désorganise ensuite par une névrite interstitielle dont les conséquences seront des paralysies osseuses amenant des maux perforants. Règle générale, des *macules anesthésiques* témoignent du trouble apporté au système nerveux cutané par le bacille ou par sa toxine. Parmi ces troubles initiaux cutanés, un des plus importants parce que sa signification est très suggestive, c'est l'apparition d'une ou de quelques bulles de *pemphigus*. Ce pemphigus précoce et prémonitoire est probablement une lésion par irritation toxinique, tandis que le *pemphigus tardif*, du déclin de la lèpre, est de nature trophoneurotique. L'érythème initial de la lèpre systématisée nerveuse sera plus symétrique parce que la distribution des taches est régée par l'irritation de la moëlle influencée par le bacille ou sa toxine. Les troubles de la pigmentation sont aussi plus prononcés et le mélange de *taches hyperchromiques et achromiques* donne à la peau une apparence polychrome et bigarrée. Parfois l'hyperchromie et l'achromie se trouvent réunies dans la même macule qui est blanche au centre et fortement colorée à la périphérie. *Macules, troubles de la pigmentation, troubles de la sécrétion cutanée, troubles de la sensibilité et pemphigus* constituent souvent pendant des années le seul syndrome de lèpre nerveuse. Mais, généralement, peu de temps après l'apparition de ces symptômes, l'évolution continue et l'on voit apparaître de l'*hypertrophie ganglionnaire*, (témoignage de l'infection), de l'*atrophie musculaire de l'éminence thénar et hypo-thénar*, des extenseurs des doigts, la *main en griffe*; on voit encore la peau se rétracter, s'amincir et s'ulcérer par défaut de nutrition, des *éruptions pemphigoides*, la *carie des os* par dystrophisme, le *nerf cubital, péroné* et autres *devenir volumineux*.

Vous voyez, messieurs, combien la lèpre nerveuse diffère cliniquement de la lèpre tuberculeuse, et c'est ce qui est important de vous faire remarquer, car la plupart des médecins se font une idée erronée de cette maladie en se l'imaginant comme étant toujours une dermatose déformante et ulcéra-tive.

Au contraire, la lèpre purement nerveuse, avec ses *troubles*

paralytiques, trophiques, mutilants, rappelle certains syndrômes cliniques avec lesquels elle peut être facilement confondue et l'a été, tels sont : la syringomyélie, l'atrophie progressive type Aran-Duchène, la Maladie de Morvan (panaris anesthésiques), la Maladie de Raynaud (asphyxie locale symétrique des extrémités). Cela vous fait entrevoir l'intérêt qu'offre l'étude clinique de la lèpre à forme nerveuse. Zambaco-Pacha, savant léprologue de Constantinople, est même d'avis, après des recherches très savantes et sagaces, que les syndrômes énumérés plus haut, ne sont pas autre chose que de la lèpre dégénérée ou frustrée. Il est certain que le bacille de Hansen a été trouvé dans la moëlle où il avait produit des cavités péri-épendymaires semblables à celles de la syringomyélie. Il serait fort intéressant de vous synthétiser ces conceptions qui semblent dériver d'un sens clinique presque génial, mais cela dépasserait le cadre obligé de cette communication.

Pour compléter le portrait de la lèpre nerveuse ajoutons que, de même que la lèpre tuberculeuse a son facies propre, appelé léonin, elle a aussi le sien et tout différent de l'autre. Dans la variété tuberculeuse l'évolution marche vers l'hyper-trophie, dans la variété nerveuse, au contraire, vers l'atrophie. La paralysie faciale effaçant les plis et sillons naturels, immobilisant les orbiculaires des yeux et des lèvres, affaissant le masque musculaire facial, compose un facies spécial, atone et figé, d'où le nom de *facies marmoréen* ou encore *antonin*. Comme ressemblance objective les deux variétés de lèpre sont donc aux antipodes.

(c) *Lèpre mixte*

Nous venons de voir deux variétés cliniques bien différenciées. Eh bien, les éléments pathologiques des deux variétés peuvent coexister et se mêler en des proportions très variables. C'est ce mélange qui constitue la lèpre mixte, c'est-à-dire que des symptômes de tuberculisation tégumentaire s'ajoutent à ceux de la névrite.

Maintenant, messieurs, que vous connaissez les diverses modalités cliniques de la lèpre, vous saisirez mieux le syndrome

qu'offrent nos deux malades et la valeur des conclusions que j'en tirerai.

OBSERVATION I.—Ce garçon, Joseph Saad, fils, est Syrien. Il a 13 ans et est arrivé dans le pays à la fin de décembre 1899. Il n'avait aucun symptôme cutané à son arrivée, dit-il, mais il se rappelle avoir eu de la fièvre, de la courbature, de légers saignements de nez, de l'encroûtement obstiné de la muqueuse nasale gauche, de la céphalalgie. Ces symptômes n'ont rien de précis, ce ne sont que des prodromes. Il continua ainsi à être mal en train lorsqu'un jour



PLANCHE I.—Infiltration du bras, paralysie de la face ; ectropion et infiltration du nez et de la lèvre ; macules.

d'avril 1900, il s'aperçut que sa joue gauche était pendante, flasque et insensible. Elle fut, une quinzaine de jours après, le siège d'une enflure œdémateuse assez ferme et résistante. Il entra alors à l'Hôpital-Général où il demeura quatre semaines environ. Le père de l'enfant affirme que celui-ci avait alors des taches sur les mains, sur les bras et sur les jambes, des épistaxis, de la cour-

bature, des douleurs articulaires, du prurit. Pendant son séjour à l'hôpital, il dut avoir la fièvre, car il se rappelle qu'on consignait sa température sur une carte à la tête de son lit. Le père affirme en outre que son fils quitta l'hôpital sans savoir quelle était la nature de sa maladie. Le Dr O. Mercier, qu'il alla consulter ensuite, me l'adressa. Outre les symptômes que je vous ai énumérés, je relevai d'autres détails. Ainsi la face était encerclée d'un anneau rouge,

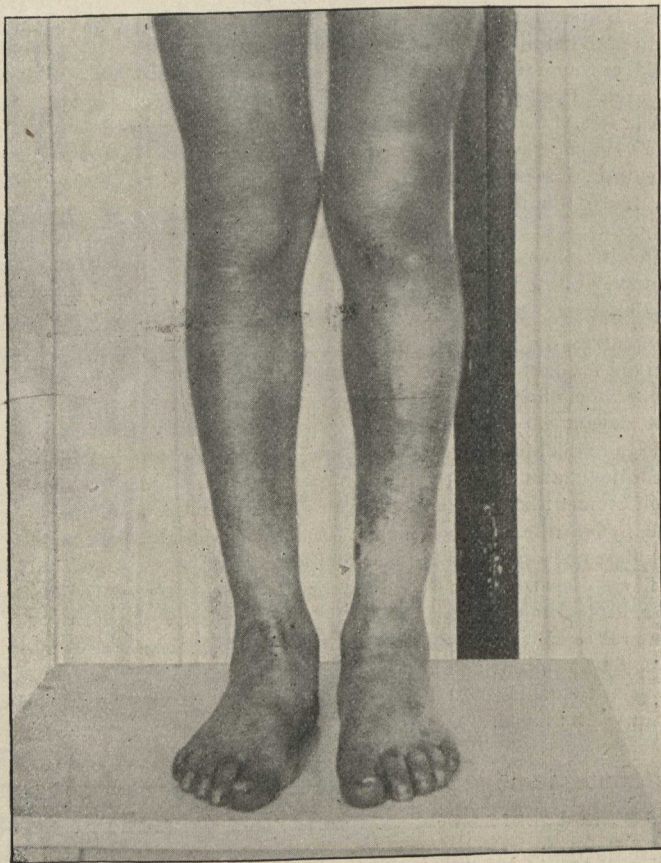


Planche II.—Macules sur les jambes du même sujet.

légèrement desquamant, à limites bien prononcées, passant au-dessus des arcades sourcilières et des tempes, débordant sur les lobules des oreilles et se terminant sous le maxillaire. Il y avait encore d'autres taches sur les joues, parmi lesquelles une surtout se trouvait à la commissure labiale droite, elle était intéressante, parce qu'elle était lisse, achromique, couleur chamois. Ce mélange de macules rouges et blanches, donnant un aspect bigarré à la peau, aurait passé inaperçu, mais il attira pourtant mon attention. L'encroûtement noirâtre san-

guinolant de la fosse nasale gauche avait son importance, car le coryza lépreux est parfois un symptôme inaugural. Le système pileux était frappé de dystrophie à quelques endroits ; ainsi les poils des sourcils étaient rarefiés et disparus complètement sur la plaque achromique de la commissure labiale. Le cuir chevelu, comme cela est la règle, ne présentait rien d'anormal. La conjonctive gauche était le siège d'une petite tache opaque. La paralysie de la joue gauche s'accusait bien par la déviation de la commissure labiale et l'ectropion de la paupière. L'anesthésie de la paupière était complète du côté de la muqueuse comme du côté cutané. L'examen du tronc me révéla des taches anesthésiques d'une couleur rouge sombre sur les épaules, les fesses, les extrémités supérieures et inférieures. Quelques-unes de ces taches étaient hyperchromiques et achromiques à la fois. L'infiltration œdémateuse était très prononcée au bras gauche comme le démontre la photographie. Les nerfs cubitiaux étaient volumineux, surtout le droit. Les ganglions de l'aisselle étaient hypertrophiés, ceux de l'aîne douteux. L'atrophie de l'éminence thénar était réalisée. Les extenseurs, étant affaiblis, cédaient et laissaient se constituer la main en grappe. L'anesthésie et l'hyperesthésie par filots complétaient le tableau irrécusable de lèpre systématisée nerveuse. Tous ces symptômes ont été corroborés par les médecins de la Société médicale de Montréal devant laquelle j'ai présenté ce malade.

TRAITEMENT.—La sérumthérapie de la lèpre n'est pas encore trouvée. Les essais qui ont été faits dans ce sens sont peut-être encourageants mais demandent encore la confirmation de tous les savants et la sanction du temps. En attendant, devant un cas de lèpre, nous sommes forcés, par acquit de conscience, de faire quelque chose et d'appliquer un traitement empirique. L'huile de gynocardie (chaulmoogra) a donné à quelques léprologues des résultats souvent manifestement bons. Faute de mieux, j'ai donné à ce malade 60 gouttes d'huile de gynocardie ou chaulmoogra. Dans l'espace de deux mois à peine, il s'est produit une amélioration très manifeste sur l'ensemble de la maladie ; ainsi, la fièvre disparut, avec elle la courbature, l'appétit revint, l'état général s'améliora, les taches pâlirent et s'effacèrent, les œdèmes et infiltrations disparurent, le bras reprit son volume normal, il s'opéra un réveil de la sensibilité là où elle avait été diminuée ou abolie, enfin ce garçon récupéra la santé si bien que, depuis ce temps-là, c'est-à-dire depuis un an et demi, il a travaillé rudement et sans défaillance.

Sans doute, je n'ignore pas que la lèpre peut avoir, comme la syphilis et la tuberculose, une période d'accalmie et de rémission. Mais dans ce cas-ci tout porte à croire qu'il ne s'agit ni de l'une ni de l'autre : d'abord une accalmie n'est qu'une sédation et non une disparition des symptômes ; une rémission, se faisant ainsi brusquement au moment où la maladie bat son plein, a lieu de nous étonner plutôt. On ne saurait invoquer non plus la bénignité de la maladie car elle était vraiment ici très accentuée et très étendue. Il me semble donc rationnel de mettre ce résultat rapide et constant au crédit de la médi-

cation. Loin de moi la pensée de vouloir accorder une action spécifique au médicament, je n'ai voulu, tout au plus, qu'ajouter un fait de plus à son crédit.

IV. — CURABILITÉ DE LA LÈPRE

Le résultat obtenu chez ce garçon, qu'il soit imputable au traitement ou à un arrêt naturel de la maladie, pose la question de la curabilité de la lèpre. L'opinion la plus répandue parmi les médecins qui traitent les lépreux, c'est que la lèpre est incurable. Il serait facile de prouver que cette opinion est exagérée et ne répond qu'à la majorité des faits observés empiriquement et non à l'exacte vérité scientifique. J'admets bien que la plupart des lépreux enfermés à vie dans les lazarets ne guérissent pas, mais l'explication de ce fait brut est facile à donner : c'est qu'ils sont presque tous des indigents, des miséreux qui perpétuent au lazaret les mêmes conditions de vie antérieures, conditions de misère, de malpropreté, de promiscuité, d'absence de soins hygiéniques corporels, qui entretiennent, communiquent et exaltent la maladie. Les cas qui sont favorisés d'une rémission complète se confondant avec la guérison, comme dans notre observation, ne sont-ils pas exposés à subir une nouvelle infection en demeurant ainsi dans un milieu baigné de bacilles? Ne devrait-on pas au moins séparer ces cas des autres et les rendre à la société lorsque l'épreuve du temps nous a convaincus qu'ils sont guéris et non susceptibles de communiquer la maladie?

Par guérison il ne faut pas entendre que les lésions scléreuses ou atrophiques disparaissent car elles ne sont pas la maladie elle-même mais seulement ses conséquences indélébiles.

On n'attend pas chez les varioleux que leurs cicatrices soient effacées, ou chez les tuberculeux non bacillaires et guéris que les cicatrices des anciennes lésions soient disparues, pour leur permettre la vie sociale. Non, par guérison, et la vraie guérison, il faut entendre un arrêt complet, définitif dans l'évolution de la maladie, un épuisement, une extinction finale de la germination bacillaire. Or, il est certain que cette guérison a lieu dans quelques cas et surtout chez ceux qui sont placés dans les

meilleures conditions hygiéniques et plutôt dans la variété nerveuse où le nombre des bacilles est plus restreint et le terrain moins fertile. L'histoire nous démontre que le bacille de la lèpre ne se développe pas dans les milieux assainis par notre code sanitaire moderne, dans les populations qui pratiquent les préceptes de l'hygiène. Eh bien, les pouvoirs publics songent-ils que les lazarets où ils séquestrent les malheureux lépreux sont plutôt des prisons que des hôpitaux? Songent-ils qu'il y a une criante injustice à ne pas rendre à leur famille et à la société ceux qui ont purgé leur maladie et sont guéris? Voilà des questions auxquelles on ne s'est pas assez intéressé et qui éveilleront l'attention, dans un avenir rapproché, je l'espère.

OBSERVATION II.—M. Alex. Saad, père du sujet de la première observation que vous venez d'entendre, est arrivé au Canada en 1893, il y a par conséquent 9 ans. Il n'a jamais eu depuis son arrivée aucun symptôme de lèpre. J'ai vu cet homme maintes et maintes fois depuis que je traite son fils, et je puis affirmer qu'il ne présentait aucun symptôme ni prodrome de lèpre. Je l'ai bien prévenu de la nature contagieuse de la maladie de son fils et je l'ai instruit de toutes les précautions prophylactiques qu'il devait prendre pour lui et sa famille. Le fils étant arrivé en 1899, le contact entre le fils et le père existait donc depuis deux ans. Depuis une dizaine de mois ce malade éprouve de l'engourdissement et de l'enflure de l'annulaire et du petit doigt de la main droite. Je constatai un peu de rougeur sombre et de l'anesthésie. Je pensai naturellement à la lèpre à cause de son fils, mais aussi à la possibilité de l'hystérie. Un traumatisme antérieur, causé par l'introduction d'une alène dans le doigt annulaire pendant qu'il exerçait antérieurement son métier de cordonnier, aurait pu lésé le nerf et produire des troubles de la sensibilité et de la nutrition de cette région. Enfin, son métier récent de colporteur le forçant à porter durant longtemps des poids considérables, exerçant une pression forte et continue sur ces doigts, pourrait expliquer dans une certaine mesure l'engourdissement et la bouffissure. Mais, je ne tardai pas, en suivant attentivement l'évolution de ces symptômes, d'être édifié sur leur vraie signification; vite, je fus convaincu qu'il s'agissait d'une manifestation de lèpre nerveuse, car en quelques semaines l'anesthésie s'étendit; des taches érythémateuses anesthésiques, d'une couleur rouge-sombre et à bords saillants sont apparues, l'atrophie de l'éminence thénar s'est accusée, le nerf cubital devint volumineux et douloureux, les extenseurs s'affaiblirent, la main en griffe se dessina, l'avant-bras s'infiltra, des ganglions superficiels et profonds s'hypertrophièrent. Depuis le temps où cette observation a été communiquée à la Société Médicale de Montréal, deux symptômes sont apparus, deux bulles de pimphigus, l'une à l'extrémité interne du petit doigt, l'autre à l'annulaire, et un lèprome au centre de la main. Ces deux signes sont visibles sur la photographie.

Il y avait là un syndrome bien évident de lèpre nerveuse. Et de qui venait cette lèpre sinon du fils? En effet, si on se rappelle que cet homme est au

Canada depuis neuf ans, qu'au moment où il a quitté sa femme et son enfant, pour venir tenter fortune ici, ni l'un ni l'autre n'étaient encore malades, que pendant ces neuf années, qu'il a passées ici, il n'a pas eu la moindre manifestation lépreuse, qu'il n'a commencé à manifester des symptômes de lèpre qu'après un contact intime et journalier, pendant quelques mois, avec son fils, on est facilement convaincu qu'il s'agit d'un cas de contagion.



PLANCHE III.—Lèpre nerveuse (*père*) ; main en griffe, atrophie de l'éminence-thénar, deux bulles de pemphigus à l'annulaire et au petit doigt ; léprôme au centre.

La lèpre est expliquée de deux façons : par hérédité et par contagion. Avant la connaissance du bacille, l'hérédité se chargeait d'expliquer tous les cas, mais aujourd'hui, sans enlever toute participation étiologique à l'hérédité, la contagion est prouvée et explique mieux la généralité des cas. Cependant, si presque tous les léprologues s'accordent à reconnaître la contagiosité de la forme tuberculeuse, parce que ses lésions superficielles et ouvertes déversent les bacilles au de-

hors, un grand nombre considèrent la variété nerveuse comme non contagieuse par le fait que le bacille ne vit pas à la surface et se faufile au contraire dans les gaines nerveuses. Eh bien, le fait que je viens de rapporter donne un démenti à cette croyance et démontre la possibilité de la contagion de la lèpre même nerveuse. Il ne peut y avoir d'observation plus nette et plus probante, car la contagion est prise ici en flagrant délit et de la façon la plus précise. Il paraît difficile d'expliquer le mécanisme de la contagion quand on sait que dans les cas de lèpre nerveuse les bacilles se trouvent profondément situés. Mais, puisque contagion il y a, il faut admettre que quelques rares bacilles viennent à la superficie, véhiculés par les sécrétions probablement. J'ai cherché le bacille, chez le fils, dans la sécrétion nasale, dans la sérosité provoquée par un vésicatoire, dans des parcelles de peau, et chez le père, dans des coupes de ganglions, mais sans succès. Il est certain qu'il existe dans les troncs nerveux, mais il n'est pas humain d'imposer des mutilations aussi considérables pour notre seule satisfaction personnelle. Est-ce à dire que l'insuccès dans la recherche du bacille doit nous faire douter du diagnostic? Non, messieurs, pas plus qu'on doute du diagnostic de tuberculose à cause de l'absence du bacille dans l'expectoration quand le syndrome clinique est probant, ou de la pneumonie en l'absence du pneumocoque, ou de la variole par ce que l'on n'en connaît pas encore l'agent infectieux et ainsi de tant d'autres maladies dont l'agent causal est difficile ou impossible à trouver. Presque toujours notre diagnostic est construit plutôt sur les effets que sur la cause car nous voyons toujours les effets et nous ignorons hélas! trop souvent la cause. Non, messieurs, le syndrome lépreux n'est pas équivoque quand on l'analyse bien et qu'on n'oublie aucun de ses éléments. Le diagnostic de la lèpre a été fait sûrement des siècles avant la connaissance du bacille.

V. — DIAGNOSTIC

Il n'y a que la lèpre qui compose la *triade pathognomonique* déjà formulée: *érythémateuse, dyschromie, dysesthésie*.

Quelques dermatoses peuvent avoir des points de ressemblance avec la lèpre dans sa variété tégumentaire, ainsi: la

syphilis, avec ses taches pigmentées, ses érythèmes circinés ou desquamants, ses néoplasies tuberculeuses appelées syphilômes, ses ulcères; le *pityriasis versicolor* avec son érythème furfuracé et ses taches couleur de café au lait; la *tuberculose cutanée* avec ses lupômes: la *trichophytie* cutanée avec son érythème circiné et à bords saillants; le *psoriasis* circiné ou gyraté; l'*eczéma marginé* ou *circiné*; l'*érythrasma*, la *morphee* ou *sclérodermie* en plaques; le *vitiligo*, le *mycosis fongöide*, etc., etc...

Mais toutes ces dermatoses ne sauraient nous en imposer par leur ressemblance purement objective si on ne néglige pas d'interroger les variations et les troubles de la sensibilité; qui ne se rencontrent pas dans ces dermatoses et appartiennent en propre à la lèpre.

Dans le domaine de la pathologie nerveuse les sources d'erreur sont plus grandes, car, nous le savons, la lèpre nerveuse, selon les points des centres nerveux attaqués ou désorganisés par le bacille, peut composer des syndrômes qui ressemblent à ceux de la *syringomyélie*, de la *scléro-dactylie*, de la *maladie de Morvan*, de la maladie de Raynaud, de l'*atrophie musculaire progressive d'Aran-Duchène*, de la *morphee*, de la *sclérodermie*, de l'*ataxie locomotrice*.

Il serait superflu d'entrer dans tous les détails de ces diagnostics différentiels. Pour ce qui regarde mes deux observations, le seul fait d'une contagion de l'un à l'autre exclut toute maladie systématisée du système nerveux.

VI. — HÉRÉDITÉ. — CONTAGION

Prophylaxie. — La prophylaxie se règle sur la nature contagieuse et sur le mode de contagage de la maladie. La liberté humaine est naturellement jalouse de ses droits, elle ne fait des sacrifices que devant des nécessités absolues et impératives. Donc, avant d'imposer une loi au nom de l'hygiène, il faut s'assurer si cette loi repose sur des données scientifiques.

Quel est le mode de transmission de la lèpre? Quelles sont les conditions favorables à sa transmission? Voilà, messieurs, deux questions qui doivent être étudiées à la lumière de la science avant d'édicter des lois contre la lèpre et avant d'en

régler le mode d'application. J'ai déjà dit, messieurs, que la transmission peut se faire par deux voies : par l'hérédité et par la contagion. Lequel de ces deux facteurs de transmission est le plus fréquent ? Question importante, car si l'hérédité se retrouve dans la majorité ou même dans la moitié des cas, il y aurait lieu d'adoucir l'absolutisme et l'injustice d'une loi coercitive faite au nom de la contagion. Cette grave et importante question demande à être examinée sérieusement, car de sa solution dépend l'opportunité et la justice de l'application de lois sanitaires contre la lèpre. Jusqu'en 1871, époque de la découverte du bacille de Hansen, il était naturel d'ignorer la contagiosité de la lèpre et d'en expliquer sa transmission par la seule l'hérédité. Il ne suffit pas de découvrir l'agent microbien d'une maladie pour déplacer tout de suite l'opinion générale au sujet de son étiologie, il faut prouver que ce microbe est bien la cause de la maladie et que c'est son passage d'un individu à un autre qui cause la propagation. Or, quand on considère qu'il n'y a que 30 ans que ce bacille est découvert ; qu'il n'a pas encore livré tous ses secrets ; que les inoculations ont été impossibles aux animaux et très difficiles à l'homme, car la contagion est très lente et capricieuse, au point qu'il y a une foule de cas négatifs, il n'est pas étonnant que la théorie de la contagion n'ait pas encore réussi à rallier tous les suffrages. Cependant elle gagne du terrain et fait des adhérents chaque jour parmi les léprologues anticontagionnistes les plus ancrés dans la tradition, qui est une des formes de l'esclavage de l'esprit. Ceux qui plaident en faveur de l'hérédité invoquent des faits positifs de transmission héréditaire et d'innombrables faits négatifs contre la contagion ; ils tirent encore des arguments en leur faveur de la non-contagion conjugale, du retard considérable dans l'apparition de la lèpre après contact répété, de son respect pour l'enfance, proie si facile pourtant aux agents contagieux, de l'absence de contagion apparente dans certains milieux.

Messieurs, à tous ces arguments, il y a une réponse satisfaisante sinon péremptoire.

D'abord, les faits de transmission par hérédité sont admis même par les contagionnistes. En voici des exemples irrécu-

sables. M. Gaucher, rapporte dans son *Traité de dermatologie*, p. 460, le cas d'un enfant d'une dizaine d'années, interné à l'hôpital St-Louis, pour lèpre. Le père et la mère étaient français, nés en France; tout à fait indemnes de lèpre. L'enfant était né dans les colonies. Les frères étaient sains. On crut naturellement à la contagion. Mais une enquête sérieuse arracha à la mère l'aveu que ce fils malade n'était pas le fils du père actuel, mais le fils d'un officier de couleur lépreux dont elle avait été la maîtresse." Ce cas qu'on croyait dû à la contagion prouve une transmission héréditaire. L'on sait que le bacille peut être véhiculé par le spermatozoïde, l'ovule et le sang (Babès); cela explique la transmission par hérédité. Autre exemple: une mère lépreuse, ne pouvant allaiter son enfant et étant trop pauvre pour payer une nourrice, envoie son enfant à des étrangers, non lépreux, qui adoptent l'enfant. Celui-ci devient lépreux à l'âge de 37 ans. Cette longue incubation vous surprend peut-être, mais s'explique par le microbisme latent.

Plusieurs faits prouvent cette aptitude du bacille de la lèpre en particulier à demeurer à l'état latent, dans une espèce de léthargie dont il ne se réveille que sous l'impulsion de circonstances favorables. Quelles sont ces conditions favorables? Voilà ce que nous ignorons, l'étude du bacille n'étant encore qu'ébauchée.

Quant au fait avéré que plusieurs des femmes mariées à des lépreux ne contractent pas la maladie, cela s'explique, dit M. Besnier, par l'immunisation conceptionnelle, comparable à celle qui se réalise dans la syphilis. C'est là un fait connu. D'ailleurs, il peut exister pour la lèpre comme pour les autres maladies infectieuses une immunité personnelle relative qui protégerait ces femmes, mariées à des lépreux.

Si l'enfant est généralement épargné par la lèpre, si celle-ci semble le guetter de préférence au moment où il entre dans l'adolescence, c'est que probablement l'enfance offre des plasmas et des tissus dont les qualités bio-chimiques contrarient la culture du bacille de Hansen. Cela se voit pour d'autres microbes, comme on voit aussi, contrairement, certains mi-

crobes avoir une prédilection pour l'enfance, par exemple le bacille de la diphtérie. Ou encore, cette immunité infantile peut s'expliquer par l'immunisation conceptionnelle, immunisation plus ou moins longue, dont on ne connaît pas encore les limites.

Enfin, ce qui contribue pour la plus large part à ancrer dans l'esprit de certains léprologues la conception exclusivement héréditaire de la lèpre, ce sont *les faits négatifs*. Ainsi, il est dûment constaté que de nombreux cas de lèpre ne contagionnent pas l'entourage, même après plusieurs années de contact. Par exemple, les 160 ou 200 lépreux qui vivent à Paris, dont une trentaine à l'hôpital St-Louis, n'auraient jamais communiqué la maladie. Cette absence de contagion apparente s'explique très bien par le fait que ces malades, bien que vivant ensemble, prennent les précautions qu'impose la discipline de l'hôpital aux uns et les soins minutieux qu'impose aux autres notre code hygiénique des pays civilisés. C'est un fait constant que le lépreux gagne toujours à vivre au milieu des raffinements de notre civilisation occidentale. Il n'y a pas là de quoi s'étonner, ne voyons-nous pas nous-mêmes la confirmation de ce fait que les maladies contagieuses sévissent de préférence dans certaines classes de notre société, dans certains quartiers de nos villes où les soucis des soins hygiéniques et prophylactiques sont moindres ou nuls? M. Zambaco-Pacha, de Constantinople, prétend que dans cette ville il y a au delà de 200 lépreux libres qui occupent même des emplois publics et sont par conséquent en contact journalier avec toute la population, et, dit-il, on ne remarque pas qu'ils sèment la contagion. " Cela peut-être vrai, réplique M. Besnier, dans ce point restreint du globe terrestre, mais lui, ayant vu la contagion à Paris, la contagion existe.

Il ne faut pas, ajoute-il, tirer des conclusions ultimes de *faits particuliers* mais interroger *les faits universels*. L'explication de la discordance de ces faits, c'est que la contagion, pour se faire, a besoin de certaines conditions nécessaires et inconnues, existant ici et manquant là." En effet, une maladie contagieuse l'est *généralement* mais ne l'est pas toujours *nécessaire-*

ment et inévitablement; il suffit qu'elle le soit dans certaines circonstances ou conditions. On ne saurait refuser d'admettre la contagiosité d'une maladie simplement parce que l'on ignore les conditions de cette contagiosité. Par exemple, on ne connaît pas encore l'agent contagieux de la syphilis, pourtant on ne nie pas sa contagiosité. Un seul cas positif dans l'espèce vaut mille cas négatifs. Les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent infirmer les faits positifs. Or, l'histoire de la lèpre abonde de faits positifs qui prouvent que la dissémination de la maladie, la création de foyers lépreux, ont été causées par la présence d'un seul malade arrivant au milieu d'individus sains; ils prouvent encore qu'un individu sain, sans aucune tare héréditaire, a pris la maladie à la suite d'un séjour au milieu de malades lépreux.

Donnons quelques exemples où la contagion s'accuse avec une précision mathématique.

M. Besnier cite, entre autres, le cas d'un homme, non issu de lépreux qui, parti de Paris absolument sain, revint apparemment sain après 12 années passées en pays lépreux, mais manifesta des symptômes de lèpre 10 ans après son retour. Ce cas prouve, outre la contagiosité, aussi la longue incubation de la maladie. — Le docteur Hawtrey Benson montra, en 1872, à la Société Médicale de Dublin, un irlandais ayant contracté la lèpre aux Indes. Un de ses frères, ayant couché dans son lit et porté ses habits, devint lépreux et fut présenté à la même Société Médicale de Dublin.—Le Dr Olaya Laverde (de Socorro) rapporte au Congrès de Berlin 1897 le fait non équivoque suivant: un habitant d'un village, tout à fait indemne de lèpre, s'en alla passer quelques années dans un village contaminé; il devint lépreux. Il revint dans son village et y créa un foyer de lèpre. Trois autres villages contigus furent également contaminés par le contact de leurs habitants. — Le docteur Mitaftsis, d'Athènes, cite (Congrès de Berlin) un cas curieux: une femme, vivant dans un village où la lèpre était absolument inconnue, devint lépreuse spontanément, soit par hérédité, soit par une longue incubation; elle communiqua la maladie à son mari et à deux de ses enfants.

Le docteur Zuriaga (Espagne) cite, au Congrès de Berlin, le fait suivant : Un lépreux, étant venu s'établir dans un village de la province de Provence, dans lequel il n'y avait pas de lèpre, contagiona un compagnon de travail, puis un deuxième, puis un troisième. Ceux-ci, à leur tour, répandirent la maladie de telle façon qu'ce village indemne jusque-là devint un foyer de lèpre qui atteignit les villages voisins (1888). Dois-je rappeler les 150 cas de lèpre chez les Acadiens, provenant tous de la contagion apportée par une lépreuse de St-Malo? Puis l'importation de la lèpre en France par les Croisés? Puis les cas nombreux de religieux et religieuses missionnaires qui ont contracté la lèpre en soignant des lépreux? Enfin, les centaines de cas de marins et soldats qui, partis sains de France, reviennent lépreux après un séjour dans les colonies où la lèpre est endémique, telles que : l'Algérie, le Maroc, Madagascar, les Antilles, la Guyane Française, le Tonkin, les Indes Françaises?" En constatant la création de foyers lépreux dans les régions jusque-là indemnes, après l'arrivée d'immigrants lépreux; en voyant la lèpre croître et décroître selon qu'on abandonne ou qu'on reprend l'isolement; après avoir, enfin, reconnu la nature bactérienne de la maladie, il est impossible de ne pas revenir à la notion de la transmissibilité de la lèpre par le lépreux, et c'est, aujourd'hui, aux pays scandinaves même que l'on trouve les partisans des plus convaincus de la contagiosité de la lèpre et les plus ardents." (Besnier).

L'histoire de la propagation de la lèpre est la même que celle de la tuberculose : tant qu'on n'eut pas trouvé la cause spécifique de ces maladies, on a cru à la seule transmission héréditaire. Mais celle-ci n'était qu'un trompe-l'œil, car si les enfants continuent les traditions morbides de leurs parents, c'est parce qu'ils vivent dans une atmosphère saturée de germes pathogènes dont ils sont atteints tôt ou tard. "La lèpre, dit M. Besnier, vient du lépreux, non d'ailleurs, et là où il n'y a pas de lépreux on ne prend pas la lèpre; c'est avec des hommes que la lèpre se déplace, ce sont leurs mouvements qui règlent sa marche depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'heure présente on en suit les étapes, et on en peut

tracer sur le globe la carte authentique. Immédiate ou médiate, du lépreux à l'homme sain, la transmission du bacille est univoque; elle est toujours d'ordre contagieux; mais comme elle peut se réaliser avant ou après la naissance, le thème se divise de lui-même en deux segments; lèpre acquise avant la naissance hérédo-lèpre; lèpre acquise après la naissance, lèpre acquise, lèpre commune."

Vous le voyez, messieurs, après cette discussion, la contagiosité de la lèpre doit être mise hors de doute. Pour vraie qu'elle soit, l'hérédité, comme facteur de transmissibilité et de dissémination ne peut être comparée à la contagion qui explique infiniment mieux la multiplication des foyers de lèpre sur le globe terrestre, car on l'a vu: les climats, les races et les hommes sont égaux devant elle.

VII. — MESURES SANITAIRES PROPHYLACTIQUES

Si donc la lèpre est contagieuse, et si la contagion est le facteur le plus important de transmission, il y a lieu de se défendre contre elle par des mesures de prophylaxie. Mais ces mesures, qu'elles seront-elles? car de même qu'il y a des degrés dans la contagiosité des maladies transmissibles, de même il y a des degrés dans la sévérité des lois sanitaires édictées pour nous protéger contre elles. Le code sanitaire n'a pas une égale sévérité pour toutes les maladies contagieuses et n'édicte pas des lois, invariablement les mêmes contre toutes, pour la bonne raison que chacune d'elles a son mode spécial de contagion.

Or, quelles sont les notions incontestables qui doivent déterminer les mesures prophylactiques contre la lèpre? Écoutons M. Besnier: "Ce sont les mêmes conditions de promiscuité misérables que l'on retrouve partout où existent les foyers permanents, aux Indes, en Chine, au Japon, etc., où beaucoup d'auteurs, en particulier le regretté Leloir, ont montré, jusqu'à la surabondance, la manière dont se forment les foyers lépreux dans tous les points où l'hygiène fait absolument défaut." — "Dans les pays depuis longtemps constitués, à civilisation avancée ou complète, n'ayant ni castes ni races fer-

mées, dans lesquels il y a une hygiène et une police médicale, les extinctions s'établissent régulièrement et avec rapidité. Le lépreux n'y forme plus que très exceptionnellement foyer, et foyer limité; la maladie y reste stérile, ne s'étend pas au-delors des contacts immédiats; la contagiosité s'y efface au point de devenir nulle et exceptionnelle, et ces mesures de simple police médicale suffiraient amplement à en arrêter l'expansion si, par impossible, celle-ci se manifestait." Messieurs, ces réflexions venant de M. Besnier, l'une des plus grandes autorités de l'Europe, peuvent servir de base à la prophylaxie contre la lèpre.

Il suffit pour se convaincre de la justesse des paroles que M. Besnier a prononcées au Congrès de la lèpre, à Berlin, en 1897, de jeter les yeux sur la carte géographique de la lèpre, et l'on constate que celle-ci a pris racine et s'est développée presque exclusivement chez les peuples qui vivent dans des conditions matérielles les plus défectueuses. Aussi, un fait historique très éloquent et rempli d'enseignements, c'est la disparition de la lèpre de certains pays sous les harcèlements de la civilisation et de l'hygiène.

Il faut donc, messieurs, lorsqu'il s'agit de formuler des lois contre la lèpre, tenir compte de ces faits et faire une grande différence entre les mesures à prendre contre la maladie à l'état endémique et les cas sporadiques des pays civilisés pratiquant l'hygiène individuelle et sociale. Il est évident que ces lois ne doivent pas avoir une uniformité absolue dans tous les lieux et dans toutes les circonstances. Toute mesure coercitive dans les pays civilisés, qui se montrent stériles au bacille lépreux, serait une injustice, car le lépreux dans ces circonstances est moins dangereux que le tuberculeux ou même le syphilitique qui sèment autour d'eux, en toute liberté, une contagion plus facile et plus désastreuse. Comme les lépreux ne sont pas dangereux au même degré, il serait injuste et inhumain de les enfermer tous dans un lazaret qui est un tombeau anticipé. Il faut encore ne pas oublier que le lépreux peut guérir et qu'il serait criminel de l'exposer, en l'obligeant à demeurer au contact des malades, à se réinfecter, et à être privé du bonheur d'être réintégré dans sa famille et la société.

Que devons-nous donc faire, messieurs, en présence de ces deux ma'ades ici présents? Au mot lèpre tout le monde recule d'horreur et de peur tant il existe parmi nous une crainte légendaire. Mais, si l'ignorance et la légende ont exagéré le langer lépreux, c'est à nous médecins de faire connaître la vérité en nous inspirant des notions acquises sur le caractère si peu malicieux du bacille de la lèpre, sur les conditions de son développement, conditions qui ne se trouvent pas réalisées parmi nous. Mais il faut d'un autre côté suivre ces cas de l'œil afin d'empêcher la formation d'un foyer lépreux dans cette population d'immigration qui, à cause de ses traditions et habitudes orientales, réalise plus spécialement un état de réceptivité. Ces gens vivent en colonie séparée, n'ayant pas avec les nôtres ce contact intime, prolongé et journalier qui est une des conditions de transmission. Du reste, sauf quelques rares exceptions, notre population indigène a souci des soins hygiéniques qui protègent contre la maladie. Voici les paroles que M. Thivierge, dermatologiste de Paris, a prononcées au Congrès de Berlin 1897, et qui nous éclairent sur la conduite que nous devons tenir en pareille circonstance: "Là, dit-il, où la lèpre est endémique, depuis longtemps établie, et atteint, du fait de contagions successives *in situ*, des proportions notables, il y a place pour des mesures énergiques et une législation rigoureuse, qui serait injustifiable dans les pays où la maladie est restée rare, où les cas observés sont tous ou presque tous des cas d'importation, demeurés stériles au point de vue de la transmission. En certains pays, malgré que le nombre des lépreux d'importation ait crû dans des proportions considérables, la lèpre autochtone est demeurée inconnue, ou tellement rare qu'elle ne saurait être considérée comme un danger." Voici comment M. Thivierge termine ses considérations sur la prophylaxie de la lèpre dans les pays où elle n'est pas endémique: "En résumé, dit-il, la prophylaxie de la lèpre, dans les pays où cette maladie n'a pas tendance à se propager activement, pourrait se baser sur les moyens suivants: 1° Examen médical minutieux de tous les militaires, marins, fonctionnaires du

service colonial et pénitentiaire rentrant dans la métropole après un séjour dans les pays où règnent la lèpre; 2° signalément par les autorités militaires, navales, coloniales et pénitentiaires des sujets reconnus lépreux et surveillance de ces sujets; 3° Mise en traitement dans les services hospitaliers des lépreux auxquels leurs ressources ne permettent pas de recevoir à domicile les soins nécessaires; 4° Facilités données à tous les lépreux pour la désinfection de leurs vêtements."

Comme vous le voyez, messieurs, M. Thivierge admet que les lépreux puissent être soignés à domicile et n'admet pas de loi coercitive, du moins dans les pays où la lèpre n'est pas endémique. M. Besnier est également du même avis, et il suggère entre autres moyens: améliorer le sort des lépreux; les traiter individuellement; isoler et hospitaliser ceux qui peuvent être infectants toutes les fois où cela sera exécutable; exiger chez les lépreux ambulants la désinfection et le pansement de tous les foyers bacillaires, l'oblitération de toutes les solutions de continuité, la désinfection des pièces de pansement, linge et vêtements; surveillance médicale et inscription administrative; éclairer sans relâche les intéressés sur les mesures de préservation; instructions populaires relatives aux ablutions, aux soins de propreté et de préservation dont l'importance est de premier ordre dans les pays lépreux; notions élémentaires de cette hygiène spéciale enseignée dans toutes les écoles. Jamais les mesures à prendre ne peuvent être édictées uniformes, absolues, générales, permanentes, toujours elles doivent être réglées selon les conditions particulières à la région, à l'état social, au coefficient actuel de virulence, c'est-à-dire de contagiosité, selon qu'il y a, ou non, foyer lépreux proprement dit, en un mot selon l'état des lieux, des choses et des hommes. Partout les mesures nécessaires, haute et positive direction du médecin compétent désigné par les gouvernements ou les municipalités, doivent être réalisés sans faillir aux principes de la liberté humaine et de la charité."

M. Broes von Dort, de Rotterdam, arrive aussi à la conclu-

sion que le séjour dans la léproserie doit être volontaire, qu'il ne doit être forcé que dans quelques cas exceptionnels, par exemple pour ceux qui sont sans nourriture, sans demeure et qui parcourent en mendiant les villes et les campagnes. Dans ce dernier cas, l'isolement forcé est utile et indispensable au point de vue humanitaire et social.

Le gouvernement fédéral du Canada a construit et entretient une léproserie à Tracadie, Nouveau-Brunswick, mais il n'a édicté aucune loi coercitive et les lépreux qui, actuellement, sont au nombre d'une vingtaine environ, y sont volontairement.

Aux États-Unis, il existe une loi générale depuis 1894 qui oblige le navire qui amène un lépreux à le rapatrier dans son pays. Je crois, messieurs, que cette loi est sage, et notre gouvernement devrait en promulguer une semblable. Quant aux cas de lèpres qui éclosent dans le pays il faut les traiter selon les principes émis par MM. Besnier, Thivierge et Broes von Dort.

Voici du reste les conclusions générales du Congrès de la lèpre tenu à Berlin en 1897 :

La prophylaxie doit être faite dans les conditions suivantes : 1° Dans tous les pays où la lèpre forme des foyers ou prend de l'extension, l'isolement est le meilleur moyen d'empêcher la propagation de la maladie ; 2° la déclaration obligatoire, la surveillance et l'isolement doivent être recommandés ; 3° il faut laisser aux autorités administratives le soin de fixer, sur l'avis des conseils sanitaires, les mesures de détail en rapport avec les conditions sociales de chaque pays. (page 193).

Les mesures coercitives ne sont recommandées que lorsque la lèpre prend de l'extension et semble vouloir former foyer. Or, cela est moins que probable dans notre pays. Nous devons être parfaitement rassurés par l'histoire des foyers de lèpre d'importation aux États-Unis, foyers qui n'ont pas rayonné au milieu de la population indigène grâce à des conditions de vie totalement différentes.

Messieurs, je vous demande pardon d'avoir été un peu long,

mais je m'en excuse sur l'importance du sujet que j'avais à traiter. Je me suis cru justifié, à cause de la nouveauté d'un pareil sujet au milieu de nous, de vous familiariser avec la maladie avant de la décrire chez mes deux malades présents.

Puis il fallait détailler très minutieusement mes deux observations pour justifier les conclusions un peu extraordinaires que j'en tirais. Enfin, la question de prophylaxie s'imposait et pour proposer une règle de prophylaxie, il fallait bien discuter la grande et intéressante question qui a été débattue entre les contagionnistes et les anticontagionnistes, et faire connaître, pour orienter nos autorités sanitaires locales prises un peu au dépourvu par ces cas insolites, les conclusions d'un congrès exclusivement consacré à l'étude de la lèpre où les plus grandes autorités en léprologie se sont rencontrées et se sont fait entendre.

NOTE SUPPLÉMENTAIRE

Depuis cette date, un examen, pratiqué par le docteur Bernier, agrégé, chargé du cours de Bactériologie, a permis de déceler la présence du bacille de la lèpre dans l'exsudat provenant du léprôme de la main du père. (Voir planche III, page 125.)

TROUBLES ET MALADIES DE LA NUTRITION (1)

PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE (2)

Par C.-A. DAIGLE

Démonstrateur de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique à l'Université Laval de Montréal,
Pathologiste à la Maternité et à la Crèche de la Miséricorde,
Médecin de l'Hotel-Dieu.

PROCESSUS PATHOGÉNIQUES.

La multiplicité des conditions que requiert l'exécution parfaite des actes de la nutrition, explique que celle-ci soit troublée dans tous les états pathologiques, aigus ou chroniques. Il faudrait donc, pour analyser les troubles de la nutrition dans les différents états morbides, faire défiler la Pathologie toute entière. Cette entreprise dépasserait évidemment le cadre de ce travail. Par contre, si les influences capables de modifier la nutrition sont nombreuses, néanmoins leurs façons d'agir se réduisent à un petit nombre de modalités ou processus pathogéniques. Il suffira donc, avant de tracer les grandes lignes d'une thérapeutique générale de ces troubles et maladies, d'en distinguer les processus généraux et de mentionner les principaux états pathologiques dans lesquels la nutrition est le plus souvent troublée et le plus gravement atteinte.

M. Bouchard distingue d'abord ce qu'il appelle le procédé par *dystrophie élémentaire primitive*, dans lequel les éléments anatomiques sont influencés directement par une cause mécanique, physique ou chimique, v. g., un traumatisme, une température extrême, l'électricité ou le contact des poisons. Cette action directe provoque une réaction vitale accompagnée de troubles de la nutrition, comme on le constate par exemple dans les brûlures étendues. L'irritation des téguments diminue l'activité des échanges respiratoires; il y a disparition du glycogène hépatique, perturbation des excréta urinaires et rétention de matières toxiques, en même temps que pénétration de microbes

(1) Travail présenté au premier Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Québec, les 25, 26 et 27 juin 1902.

(2) Voir *UNION MÉDIC* numéro de septembre, qui contient la première partie de ce travail,

dans le sang par la voie cutanée. Cette lésion primitive a déterminé une série de contre-coups sur la nutrition générale.

Les *réactions nerveuses* constituent le deuxième processus pathogénique. Elles déterminent par voie réflexe des troubles vasculaires locaux et généraux qui modifient les échanges nutritifs; de plus, l'action trophique directe sur les éléments cellulaires peut exister indépendamment des troubles vasculaires ou s'ajouter à ces derniers et accroître la perturbation.

Les *troubles primitifs ou préalables de la nutrition* constituent le troisième processus. L'amoindrissement ou la perversion des actes de la nutrition reste compatible avec la santé, mais une santé médiocre ou mauvaise. En diminuant la résistance de l'organisme elle crée des opportunités morbides qui constituent à proprement parler les diathèses. La force de réaction se trouvant également diminuée, la maladie aiguë s'éternise et devient maladie chronique; ce qui faisait dire avec raison à Peter: Les maladies chroniques sont des maladies diathésiques parce qu'elles se développent chez des individus en puissance de diathèse. Une maladie chronique d'emblée est une maladie constitutionnelle, et toute maladie qui récidive est une maladie diathésique; on n'a pas droit à des récidives à moins d'être rhumatisant, gouteux, scrofuleux ou tuberculeux. L'affirmation de Peter reste vraie et s'accorde avec la conception de Bouchard sur la nature des diathèses.

Les *infections* ont des rapports très intimes avec les troubles de la nutrition. Et d'abord les troubles préalables de la nutrition, v. g., diathèse scrofuleuse, facilitent l'infection en modifiant les plasmas qui deviennent plus favorables à la pullulation des germes, et en amoindrissant les moyens de défense de l'organisme. Le bacille guette les affaiblis et les débiles. La légion des phagocytes ne s'oppose plus ici avec la même vigueur à l'envahissement microbien. Une fois l'infection réalisée sur un point quelconque de l'organisme où les germes ont réussi à s'introduire, ils répandent au loin leurs poisons solubles, leurs toxines, et déterminent, secondairement, des troubles passagers ou durables de la nutrition, lesquels viennent s'ajouter à ceux déjà existants.

Les *intoxications*. L'action des toxines est en tout comparable à celle des poisons minéraux, avec une puissance souvent plus grande. Les scléroses vasculaires et viscérales, les myocardites, les cirrhoses du foie, les néphrites interstitielles, les scléroses de la moelle et du cerveau peuvent être les résultantes de l'infection typhoïdique, scarlatineuse et syphilitique, comme elles le sont de l'intoxication par l'alcool ou le plomb, le mercure, le phosphore et l'oxyde de carbone.

LÉSIONS DE NUTRITION DES CELLULES.

Les troubles fonctionnels de la nutrition, en déterminant dans les cellules des changements passagers ou durables, sont accompagnés de lésions de structure dites lésions de nutrition dont l'étude appartient à l'Anatomie Pathologique. L'augmentation de la vitalité des cellules détermine l'hypertrophie des tissus et des organes; la diminution de cette vitalité détermine leur atrophie; la perversion est suivie de dégénérescences variées dont l'aboutissant est la nécrobiose ou mort de la cellule.

ÉTATS PATHOLOGIQUES.

Les troubles de la nutrition peuvent être primitifs et essentiels ou accompagner certains états pathologiques; les premiers constituent les maladies proprement dites de la nutrition. Ils comprennent:

Les dyscrasies acides donnant lieu à l'oxalurie, au rachitisme et à l'ostéomalacie;

Les dyscrasies lipogènes donnant lieu aux séborrhées et à l'obésité;

La lithiase biliaire, le diabète, la gravelle, la goutte, le rhumatisme chronique.

Les états pathologiques dans lesquels la nutrition est le plus gravement atteinte sont: les maladies fébriles, la phtisie pulmonaire et les maladies chroniques du poumon, les maladies de l'hématopoïèse comprenant la chlorose, l'anémie pernicieuse et la leucocythémie, les maladies du tube digestif, les maladies du rein, les maladies du foie, les maladies de la peau; certaines

névroses, en particulier la neurasthénie, certaines névralgies et névrites qui ont également des connexions intimes avec les troubles de la nutrition.

Ces maladies, si elles se rencontrent quelquefois dans les classe populaires, s'observent beaucoup plus souvent chez les patrons et les bourgeois, chez les gens qui ont des responsabilités et des préoccupations morales, les industriels, les financiers et les politiques, les savants et les professeurs. Nous pourrions ajouter les ecclésiastiques et les religieux qui se livrent à des études absorbantes prolongées et n'ont pas à exercer le ministère d'une façon active; chez tous ceux qui travaillent plus de leur tête que de leurs muscles. Outre le défaut d'exercice musculaire et les troubles circulatoires qui en résultent, la contention d'esprit détermine bientôt chez ces sujets une fatigue nerveuse qui conduit à l'épuisement; cette fatigue retentit d'une façon durable sur la nutrition qu'elle contribue à dévier dans le sens du ralentissement.

LES COEFFICIENTS URINAIRES

Moyens de diagnostic.

Nous avons vu que la réduction des albuminoïdes était le terme moyen de la nutrition, l'excrétion urinaire étant la grande voie d'élimination des déchets azotés; la marche des oxydations et des réductions, c'est-à-dire le taux de la nutrition sera donc indiqué, d'après A. Robin, d'une façon approximative, par l'analyse des urines.

Chez l'homme en santé, la nutrition active tend à augmenter le chiffre de l'urée et à faire passer tous les corps azotés urinaires à l'état d'urée. L'appréciation du degré de perfection suivant lequel cette transformation s'opère, se mesure par la recherche de la proportion existante entre les corps urinaires complètement et incomplètement élaborés, par le dosage de l'azote et du carbone, par la détermination de ce que l'on est convenu d'appeler les coefficients urinaires.

M. Chiaïis de Menton nous indique une méthode rapide permettant de vérifier le degré de réduction des matières albu-

minoïdes. Il constate le poids du malade, établit la quantité des liquides pris en boisson, mesure le volume des urines excrétées dans les vingt-quatre heures, et, au moyen d'un calcul, détermine le total des solides. Il cherche ensuite, avec l'appareil d'Ésbach la quantité d'urée excrétée, puis il fixe en centièmes le rapport de l'urée à l'ensemble des matériaux urinaires.

Avec le concours du malade, ces déterminations peuvent se faire en 8 à 10 minutes; ce qui en fait un procédé vraiment clinique et des plus pratiques.

AUTRES PROCÉDÉS D'EXPLORATION ET MOYENS DE DIAGNOSTIC.

Parmi les moyens qui nous permettent d'apprécier l'accomplissement plus ou moins parfait des actes de la nutrition, l'analyse des urines est le procédé qui nous a donné jusqu'à présent les résultats approximatifs les plus satisfaisants; cependant il existe d'autres procédés d'exploration, tel l'*Hématospectroscopie*, l'*Hématimétrie* et la *Chromométrie*, qu'il y a lieu de ne pas négliger, attendu que les résultats obtenus, par l'ensemble de ces recherches sont encore plus positifs, et nous renseignent davantage sur l'état du patient. Ainsi, pour M. Hénoque, l'activité des échanges entre le sang et les tissus s'apprécie par la durée de réduction de l'oxyhémoglobine, d'où l'utilité de l'examen spectral. Une bonne nutrition nécessitant un nombre suffisant d'hématies pour véhiculer l'oxygène et une richesse suffisante de ces derniers en hémoglobine, il suit également que l'*Hématimétrie* ou la numération des globules et la *Chromométrie* ou le dosage de l'hémoglobine doivent compter parmi nos moyens pratiques d'investigation.

Le taux de la nutrition se trouvant intimement lié, comme nous l'avons vu, aux variations de la circulation capillaire, l'appréciation de celle-ci à l'aide du Pléthysmographe de Hallion pourra encore s'ajouter aux autres procédés déjà mentionnés.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIOLOGIQUE.

Dans le traitement des troubles et maladies de la nutrition.

il y a lieu de s'adresser à certains agents médicamenteux, accélérateurs ou modérateurs de la nutrition, mais il faut avant tout s'adresser aux ressources propres de l'organisme, s'efforçant de ramener à la normale ses fonctions déviées. Cette thérapeutique spéciale, thérapeutique physiologique au vrai sens du mot, s'adresse à l'hygiène, au régime, aux grands modificateurs des échanges, aux frictions, à la lumière, à l'hydrothérapie, à l'électricité, à l'aérothérapie.

La DIÉTÉTIQUE ou l'art d'organiser l'alimentation suivant les besoins de l'organisme, est une des premières armes auxquelles nous devons recourir. En variant la quantité et la qualité des ingestas, il est possible de modifier les métamorphoses cellulaires, de réparer la constitution chimique détériorée et de provoquer des activités nutritives différentes. Les matières albuminoïdes, les hydrocarbonés, les matières grasses seront administrés suivant certaines règles variables du reste avec les besoins de chaque individu. L'arthritique devra diminuer les substances protéïques dans son alimentation (viandes animales), afin de diminuer ses déchets azotés; le scrofuleux aura besoin d'une plus grande quantité d'albuminoïdes et de sels minéraux; l'obèse, le gravelleux, le diabétique auront à suivre des régimes différents. Il faudra tenir compte des occupations professionnelles. L'artisan et le penseur n'utilisant pas la même catégorie d'aliments ne seront pas soumis au même régime; au premier il faudra de la chaleur, de l'énergie, de la force, c'est-à-dire, des albuminoïdes (chairs animales), mais surtout des hydrocarbonés (sucres et féculents) et des matières grasses; au second, il faudra des substances capables de réparer les déchets de la cellule nerveuse, c'est-à-dire des sels minéraux et des albuminoïdes, ces derniers en modeste quantité cependant, s'il ne tient pas à se donner la goutte.

Les AGENTS PHYSIQUES sous toutes les formes sont des excitants physiologiques et constituent une médication vraiment naturelle. Ils sollicitent l'activité de la cellule sans la déformer à l'encontre de certains agents médicamenteux. Malgré la richesse toujours croissante de la matière médicale, et l'apparition d'un nombre presque incalculable de médicaments

nouveaux, les modificateurs de l'hygiène, dit Hayem, c'est-à-dire les stimulants habituels de l'organisme, représentent les moyens d'action les plus utiles que nous puissions mettre en œuvres en maintes circonstances. Les agents physiques interviennent d'une manière plus particulière dans le traitement toujours long et difficile des maladies chroniques; ce qui donne à leur étude une importance pratique de premier ordre. (Ag. physiques).

L'AIR. L'influence favorable exercée sur la nutrition par l'action de l'air, la cure d'air ou l'*aérothérapie*, a été démontrée dans le traitement moderne de la tuberculose pulmonaire. La respiration exerce en effet un rôle capital au point de vue de la nutrition. Ce phénomène ne consiste pas en un simple échange gazeux au niveau des alvéoles pulmonaires; l'oxygène qui s'y trouve absorbé par le liquide sanguin est plus tard mis au contact immédiat des cellules où s'accomplissent les oxydations qui constituent souvent la phase ultime et essentielle des mutations nutritives.

La LUMIÈRE est une ressource également précieuse, qu'elle soit utilisée par l'entremise des rayons solaires: *Héliothérapie*, ou par l'entremise des différents facteurs de l'éclairage artificielle, *Photothérapie*.

D'après Hénocque, la lumière exerce un pouvoir considérable sur la diffusion de l'oxygène dans l'économie; elle diminue d'une façon notable le temps de réduction de l'oxyhémoglobine, conséquence de l'oxydation plus complète du protoplasma hématique.

M. Bouchard croit que le système nerveux par ses extrémités périphériques puise dans les radiations lumineuses solaires et autres, des éléments de force qu'il peut transmettre aux organes et aux tissus suivant les besoins de la métamorphose organique.

La lumière exerce une action trophique par ses rayons violets et bleus. Elle exerce une action bactéricide telle qu'il a été établi par les travaux de Duclaux, Charrin et autres. M. Maurel de Toulouse a démontré en 1896, à l'Académie de Médecine, qu'à la suite de toute excitation cutanée, il se produit

une hyper-leucocytose abondante. Le nombre des globules blancs atteint jusqu'au double ou au triple du chiffre normal, le pouvoir phagocytaire se trouvant par là sensiblement accru.

L'ELECTRICITE. Nous avons dans cet agent un puissant moyen d'action sur les troubles de la nutrition. L'électricité, dit d'Arsonval, jouit d'un privilège remarquable, celui de pouvoir mettre en jeu toutes les propriétés dites vitales de la matière organisée. Le courant alternatif sinusoïdal, par exemple, jouit sous ce rapport de propriétés très précieuses. Il peut augmenter considérablement les échanges nutritifs et donne naissance à des phénomènes si inattendus et si merveilleux que la thérapeutique est en droit de fonder sur son emploi les espérances les plus légitimes. Par l'action de ce courant, la capacité respiratoire est augmentée de cinquante pour cent, le taux de l'urée s'élève et celui de l'acide urique s'abaisse, l'élimination de l'acide carbonique augmente de moitié. Il y a donc amélioration des mutations nutritives par fixation d'oxygène et oxydation plus complète des substances excrémentielles. Cette action eutrophique détermine une amélioration rapide des sujets en expérience, amélioration constatée par l'analyse des matières urinaires et la recherche des coefficients d'oxydation, aussi bien que par les symptômes généraux: activité de la respiration et de la circulation, bien-être général marqué.

On peut donc, au moyen de certaines formes d'électrification généralisée, tels que les *Courants Sinusoïdaux*, le *Bain Statique* et les *Hautes Fréquences*, obtenir les meilleurs résultats dans le traitement des troubles de la nutrition.

L'HYDROTHERAPIE née de l'empirisme, comme beaucoup de médications, est aujourd'hui justifiée et expliquée par l'observation clinique et l'expérimentation physiologique contemporaine. On sait maintenant qu'elle agit, non par la sudation ou simplement par la réaction cutanée, mais en modifiant la nutrition par l'entremise du système nerveux. L'eau, dit Dujardin Beaumetz, agit sur la nutrition par son action directe et indirecte sur les nerfs vaso-constricteurs et vaso-dilatateurs, sur les nerfs sécréteurs et enfin sur les nerfs trophiques. Elle

favorise le jeu régulier des différents organes et devient par là un des agents les plus actifs de la médication tonique reconstituante.

Le MASSAGE, en activant la circulation, est utile dans toutes les maladies où l'organisme souffre d'une nutrition ralentie et insuffisante. Il détermine une diffusion rapide des liquides à travers les tissus et favorise l'absorption des produits préformés, en les poussant dans les espaces plasmatiques et les vaisseaux lymphatiques. Par son action sur le système nerveux et par l'entremise des contractions musculaires qu'il détermine, il agit également sur la circulation générale et sur la circulation des plus fins capillaires.

La GYMNASTIQUE sous toutes ses formes, *Kinésithérapie*, *Mécanothérapie* active également les échanges nutritifs. Par l'entremise des contractions musculaires elle agit puissamment sur la circulation et sur les combustions organiques, déterminant une oxydation et une élimination plus complètes des substances azotées. Il suffira pour s'en convaincre de faire le dosage de l'azote urinaire et de l'urée après une séance de gymnastique ou de mécanothérapie.

Le CLIMAT exerce une influence considérable sur l'économie par la température, l'état hygrométrique, l'action de la lumière, l'état électrique de l'air et l'altitude, tous ces facteurs ayant une action énergique sur le système nerveux et la nutrition. L'altitude active la réduction de l'oxyhémoglobine et la soustraction de l'acide carbonique du sang par diminution de la pression atmosphérique. La montagne convient aux phtisiques et aux tousseurs; la Riviera, Nice, Cannes et Menton aux arthritiques, aux convalescents et aux goutteux. Il y aurait lieu d'indiquer ici les différents endroits de la province de Québec et du Canada qui conviennent aux cachectiques, aux débiles et aux ralentis de la nutrition. Nos montagnes et nos places d'eau doivent offrir des avantages précieux à cette classe nombreuse et intéressante de malades; mais il serait peut être long et difficile, sans étude préalable, de les indiquer dans le présent travail.

CONCLUSIONS.

Après s'être adressés à l'Hygiène et aux Agents médicamenteux, il convient, dans le traitement des troubles et maladies de la nutrition, de s'adresser aux Agents physiques, comme à des adjuvants précieux, attendu qu'ils comptent parmi les moyens les plus puissants dont dispose notre arsenal de thérapeutique moderne.

Les relations qui existent entre les troubles de la nutrition et les infections ajoutent une valeur nouvelle à l'usage des Agents physiques. C'est par leur entremise que nous pouvons mettre en pratique les *aphorismes* bien connus du professeur Landouzy, sorte de *catéchisme concis du praticien*: robustifier le terrain bacillisable; mettre l'organisme en état de pourvoir à ses moyens de défense (activités phagocytaires), d'entretien, de développement et de travail; activer la fonction respiratoire pour élever le coefficient d'oxydation; en un mot: Activer la Nutrition.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA CONDUITE À TENIR DANS LES CONTUSIONS DE L'ABDOMEN

Par le Docteur FERNAND MONOD

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris, ancien Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, Lauréat de la Société de Chirurgie de Paris.

Ma première idée, en écrivant le titre de cette courte étude, fut de l'intituler: " de la conduite à tenir dans les contusions graves de l'abdomen ". Un instant de réflexion me fit comprendre le tort que j'aurais, car ce qui précisément fait toute la difficulté de la conduite à tenir en présence d'une contusion de l'abdomen est que dans les premières heures qui suivent il est impossible de prévoir son degré de gravité réelle.

Peut-être aurait-il mieux valu prendre pour titre: " de la conduite à tenir dans les premières heures qui suivent une contusion de l'abdomen," car c'est aux médecins que je veux m'adresser, à ceux qui appelés les premiers ont la très lourde responsabilité d'établir aussitôt un traitement d'où dépendra pour beaucoup l'avenir du blessé.

Je prendrai pour type de ma description le cas banal d'un homme recevant à pleine ou à demi volée la ruade d'un cheval.

Trois cas peuvent se présenter aussitôt après l'accident, suivant que l'homme ne souffre pas, ou à peine, et conserve sa pleine connaissance, ou qu'il ressent immédiatement de très violentes douleurs abdominales, ou enfin qu'il tombe et reste sur le lieu, évanoui.

Dans les 3 cas, si le médecin est appelé à temps sa conduite doit être la même: il doit faire immédiatement coucher le malade et veiller à ce qu'il ne fasse aucun mouvement. Il faut se souvenir en effet comme d'une règle absolue que l'état du blessé, aussitôt après le traumatisme, ne permet de présager en rien de la gravité du cas, et que de nombreuses observations prouvent qu'un homme ayant reçu en plein ventre un coup de pied de cheval a pu se relever, marcher, et même vaquer à ses occupations dans les heures suivantes, bien que l'évolu-

tion ultérieure de l'accident ait prouvé que l'intestin avait été rompu sous le choc.

Le médecin doit donc faire coucher le malade sur le lieu même où il le rencontre, et si le blessé n'a pu se relever après l'accident, il doit formellement interdire qu'on le transporte à bras d'hommes, dans une maison voisine où qu'on le fasse asseoir sur une chaise, ce qui est de beaucoup le cas le plus commun; il doit immédiatement requérir un brancard, sur lequel le blessé sera déposé avec d'extrêmes précautions, en lui recommandant expressément de ne faire aucun mouvement actif, volontaire. Je dis, un brancard, porté par des hommes marchant au pas, car c'est à mon avis la seule façon de transporter une contusion abdominale au lieu où il *devra demeurer*: sans lui faire subir les heurts et les chocs inévitables avec tout autre moyen de transport. La voiture d'ambulance la plus parfaite et la mieux suspendue, la mieux comprise au point de vue du chargement et du déchargement du blessé au départ et à l'arrivée, donnera toujours lieu à des secousses essentiellement préjudiciables. Si pour une raison majeure on était obligé d'y avoir recours, j'exprimerais le désir que cette ambulance voulut bien dans le cas présent renoncer au privilège de pouvoir aller à toute vitesse dans les rues et se rendre au contraire au pas et le plus lentement possible à l'endroit où le malade *devra être traité*. Ce 2^e point a également son importance et dépend pour une grande part de la décision du médecin, lequel devra user de toute son influence pour faire transporter directement le malade à l'hôpital où à la maison de santé, s'il sait où s'il a pu immédiatement acquérir la certitude que le blessé pour des raisons diverses ne pourra pas être convenablement soigné à son domicile particulier, et de ce fait devra être secondairement transporté en un autre lieu.

Il n'est que trop commun de voir, aussitôt après l'accident, les parents, les amis, ou les simples témoins faire boire le blessé. Le dessein est louable sans doute, puisque dans leur ignorance il s'agit avant tout de "remonter la victime", — en fait il est excessivement dangereux, et peut pour beaucoup

aggraver l'état du malade. — La seule chose qui devrait être immédiatement faite, et cela sur le lieu même de l'accident, avant tout transport, serait une injection sous-cutanée de morphine de 1 centigramme. Une semblable injection ayant pour triple effet, d'atténuer considérablement les douleurs si elles existent, d'immobiliser les intestins dès le début, et de mettre le patient dans un état de torpeur qui facilitera son transport en le rendant moins disposé à s'aider par des mouvements et des contractions essentiellement dangereuses de sa paroi abdominale.

Autant que cela se pourra le médecin devra accompagner son blessé jusqu'au lieu où il a décidé qu'il serait transporté, et demeurera dans la chambre pendant qu'on le déshabille et qu'on le couche. Je voudrais qu'il use de son autorité pour faire porter directement le blessé du brancard sur le lit, sur lequel une fois couché il sera déshabillé. Il défendra formellement qu'on le fasse asseoir pour lui enlever sa chemise, ordonnant plutôt que celle-ci soit coupée avec des ciseaux s'il est impossible de l'enlever autrement. La difficulté de faire respecter ces règles est d'autant plus grande que le malade souffre moins, ou étant plus énergique résiste davantage à la souffrance.

Une fois couché, la température et le pouls seront pris et soigneusement notés, et la vessie sera sondée.

J'insiste spécialement sur ce fait, il faut vider la vessie, et il faut la vider par cathétérisme et non faire uriner le malade ce qui entraînerait fatalement une contraction de la paroi. Il faut d'autre part sonder la vessie afin de se rendre compte immédiatement si l'urine contient du sang, d'autre part en renouvelant la cathétérisme neuf heures plus tard on pourra savoir d'une façon certaine s'il y a *oligurie* ou *anurie*, constatation d'une extrême importance.

Si le malade est en état de choc, on veillera naturellement à ce qu'il soit réchauffé et suivant son état on procédera immédiatement à une injection d'éther, de caféine, ou de spartéine, et même à une injection immédiate de 500 grammes de sérum artificiel sous la peau. Cette dernière injection aura le

double avantage de soutenir le blessé, et d'apaiser sa soif sans introduction d'aucun liquide dans son tube digestif.

L'examen de la région abdominale sera alors pratiquée mais avec une extrême prudence, d'autant plus prudemment que le malade ne se défend pas, car il faut avant tout éviter de malaxer l'intestin, de le remuer, de le déplacer.

D'ailleurs l'examen de la région abdominale ne doit porter que sur 2 points dont la connaissance ne demande pas de déprimer la paroi jusqu'à toucher la colonne vertébrale: il suffit en effet pour le moment d'établir d'une part l'existence ou non d'une contracture abdominale immédiate, et si elle existe d'apprécier son degré et son étendue. Est-elle temporaire ou permanente? c'est-à-dire le muscle ne se met-il en état de défense que quand il sent le contact de la main qui l'interroge, ou demeure-t-il en état de défense continuelle contre le danger qu'il sent venir: la péritonite par perforation. Cette contraction musculaire est-elle limitée à un seul côté du ventre ou aux deux côtés?

Il importe également d'établir le degré et l'étendue de la zone douloureuse: d'apprécier la différence, si elle existe, entre une douleur superficielle et une douleur profonde et fixe.

Mais cet examen, je le répète, pour être inoffensif devra être conduit avec la plus extrême douceur, en évitant d'aborder brusquement la paroi avec des mains froides, en exerçant une pression brutale en un point localisé comme cela arrive quand on explore avec le bout des doigts, au lieu d'appliquer largement la main sur l'abdomen. Avec Hartmann (1) je recommanderais après avoir "réchauffé la main, de la poser doucement sur le ventre bien à plat, puis, la main restant immobile, d'explorer très doucement la paroi au point de vue de sa tension. Constatée avec ces précautions, la rigidité de la paroi a une existence bien réelle et n'est pas une contracture déterminée par l'exploration.

"Pour qu'elle acquière une valeur diagnostique il faut qu'elle ne soit pas limitée au point contus, mais qu'elle soit généralisée à tout le ventre."

(1) *Bulletin Soc. Chir.*, mars 1901.

Il sera dans la plupart des cas indiqué à la suite de ce premier examen d'appliquer de la glace largement sur tout le ventre.

Qu'on m'excuse d'entrer ici encore dans quelques détails, car de la façon dont est appliquée la glace dépend beaucoup de son effet, et trop souvent, quand j'étais interne des hôpitaux de Paris, j'ai eu à lutter avec des infirmières pour leur faire appliquer la glace d'une façon intelligente et rationnelle.

La glace sera donc brisée ou mieux pilée de façon à ce que, une fois introduite dans le sac en caoutchouc qui la contiendra, le contact de la glace avec le ventre se fasse par une large surface et non par un certain nombre de points plus ou moins distants les uns des autres comme cela arrive si la glace est mise dans le sac en morceaux plus ou moins gros. Il faut en un mot appliquer un véritable *cataplasme de glace* et non un sac contenant des fragments.

D'autre part, dans la contusion abdominale plus que dans tout autre cas, il faut éviter de laisser reposer le sac sur le ventre de tout son poids; il faut au contraire le suspendre à un cerceau de façon à ce qu'il s'applique sur la paroi sans la fatiguer, ce qu'il est facile d'obtenir avec un peu de soin. Enfin, je recommanderais de veiller à ce que la glace soit changée fréquemment, se souvenant que la glace pilée fond beaucoup plus rapidement.

Ceci fait, le médecin n'aura pas encore rempli sa tâche, car il aura évité d'interroger inutilement le malade sur des points qu'il a besoin encore de connaître. Un blessé par contusion de l'abdomen ne doit en effet parler que le moins possible, à voix basse, et sans faire de gestes. Le médecin doit éviter de le faire causer, s'il peut obtenir les renseignements suivants par les témoins et les amis du malade.

Il est en effet intéressant d'établir, s'il est possible, les faits suivants:

Le blessé au moment de l'accident était-il en pleine digestion ou à jeun? A quelle heure exacte avant l'accident avait-il fait son dernier repas? Quelle était sa position par rapport à l'agent vulnérant? le traumatisme a-t-il frappé directement

ou obliquement la paroi? car de ce fait on peut déduire sinon d'une façon certaine au moins approximativement si l'intestin a eu des chances d'être pincé entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant, ou si au contraire il a pu fuir et se dérober.

Le blessé a-t-il vu arriver le coup ou a-t-il été pris par surprise? car dans le premier cas il est à supposer que sa paroi abdominale a eu le temps de se mettre en état de défense réflexe, et que les muscles contractés ont pu amortir dans une certaine mesure la violence du traumatisme.

Telle est à mon avis la conduite à tenir devant une contusion de l'abdomen: j'estime que si le médecin la suit, il facilitera grandement l'œuvre du chirurgien, qui, appelé forcément plus tard, aura cependant la possibilité d'apprécier exactement l'état de son malade, et de déduire de cet état la nécessité ou non d'une intervention immédiate: à une époque où l'on est peut-être un peu trop tenté, sous le couvert de l'asepsie et de l'antisepsie, de demander au bistouri la clef de bien des problèmes, je considère comme un devoir de mettre en lumière le *rôle considérable du médecin* dont bien souvent dépend plus qu'on ne veut le reconnaître l'évolution d'une affection ou les suites d'un traumatisme. C'est dans cette pensée que j'ai écrit cette étude.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

DES MÉDECINS ET SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS

La mutualité a fait, depuis quelques années, des progrès considérables. Chez nous, comme partout, d'ailleurs, les sociétés de secours mutuels se sont multipliées, et leur nombre allant toujours croissant semble être une preuve que la mutualité est désormais entrée chez le peuple pour y rester.

Aujourd'hui, dit le Dr Paul Guillaud (1), il n'est pas un corps d'Etat, pas une corporation qui n'ait sa société de secours mutuels : le moindre canton, le moindre village possède la sienne, encouragé d'ailleurs moralement et bien souvent pécuniairement par les pouvoirs publics. Toutes ces sociétés tendent plus ou moins directement à un but toujours le même : retraite pour la vieillesse d'une part, secours contre la maladie d'autre part ; ce secours contre la maladie se traduit ordinairement de trois façons différentes : indemnité pécuniaire quotidienne pendant la durée de la maladie, fourniture des produits pharmaceutiques nécessaires, et enfin soins médicaux.

Evidemment, les choses se passent, en France, comme chez nous ; voyons donc maintenant comment nos confrères de là-bas sont traités par les sociétés françaises de secours mutuels.

Au moment de sa fondation, ajoute le Dr Paul Guillaud, la société s'assure le concours d'un jeune médecin en général, alléché par des promesses fallacieuses de clientèle future ; la société lui est offerte comme un miroir aux allouettes, et s'il ne sait résister, une fois englué, il est pris et se livre pieds et poings liés aux exigences de la dite société. Et dans cette société, il voit entrer successivement tous les clients qui peuvent lui payer un tarif ordinaire. Tous ces clients veulent un tarif réduit. Et à qui la faute ? N'est-elle pas en majeure partie due à l'indifférence, à l'apathie, au " je m'en foutisme," pour dire le mot vrai, des médecins qui, les bras croisés, assistent à cette évolution, je ne dis pas sans en profiter, mais comme s'il ne s'agissait pas de leurs propres intérêts vitaux.

Tout le monde prie de philanthropie ! Tout le monde veut en faire ! Mais aux frais de qui ? Aux frais des médecins, éternels moutons toujours tondus sous prétexte d'humanité, de charité, et que sais-je ?

Tout cela court le monde ; et au Canada on est à la veille d'en souffrir. Je me suis même laissé dire que, à Montréal, certains médecins vivent plus pauvrement que des manœuvres ; que d'autres sont secourus par la Société de St-Vincent de

(1) Rapport présenté à la séance de la Chambre syndicale du Rhône du 17 avril 1902.—*Lyon Médical*, 15 juillet 1902.

Paul! A qui imputer pareil état de choses; sinon aux médecins eux-mêmes qui, en cela, n'ont que ce qu'ils méritent!

Cessons donc de travailler sans rémunération, agissons comme des hommes libres chaque fois qu'on fait appel à notre charité; nous savons vite trouver ceux qui sont dans l'impossibilité de payer nos soins, pas besoin qu'on nous les impose!

Peut-on me dire où est le notaire qui signe gratuitement les actes de ventes, de dotations, etc., qui se font dans nos institutions? Où est l'avocat qui se charge gratuitement, toujours, des causes que ces mêmes institutions peuvent avoir? Où est l'architecte qui, dans les mêmes conditions, trace les plans de constructions les plus considérables que nécessitent les œuvres de charité de toutes sortes? Où est enfin l'homme d'affaires qui gère gratuitement, toujours, les grandes propriétés foncières de ces mêmes institutions?

Que l'on m'en cite un, un seul; pour moi, j'avoue n'en point connaître.

Cette catégorie de gens ne se laisse pas tondre, Dieu merci!

Par contre, combien de pauvres médecins donnent, prodiguent, et cela depuis des années et des années, leur expérience, leurs efforts, leurs soins, sans qu'aucune rémunération vienne, sous une forme ou sous une autre, les récompenser de leurs travaux, de leurs veilles, sans même, bien souvent, qu'une bonne parole, un geste leur prouvent qu'on apprécie leur généreux abandon de tout gain, leur désintéressement!

Et je connais encore plusieurs confrères qui dans certaines institutions font de la médecine à un prix si humble, si humble, que je les plains, peut-être, plus que tous les autres.

Je sais qu'il se fait une réaction en France; que les médecins se syndiquent; qu'il est question de sociétés de secours mutuels dans toutes les réunions de leur chambre syndicale, qu'ils réclament la suppression du service à l'abonnement, etc., etc.

C'est dans ce service à l'abonnement (à prix fixe annuel) que les sociétés de secours mutuels trouvent leur avantage, et cela au détriment de toute la profession médicale.

A Lyon, d'après le docteur Guillaud, les médecins font actuellement, pour ces sociétés, des visites à 9 centins (45 centimes). Voilà où ils en sont rendus en France, et c'est la même chose en Angleterre!

Je sais fort bien que quelques médecins fervents mutuellistes prétendent qu'ils ont ici de grands bénéfices à travailler pour ces sociétés; et que, dans leur cas, le petit nombre de malades qu'ils ont sous leurs soins pendant l'année met le prix de leur visite à un dollar et plus. Tout beau! tout beau.

Que ces confrères s'informent du nombre des malades traités par d'autres médecins de préférence à eux, qu'ils ajoutent les visites qu'ils auraient eues à faire si ces sociétaires avaient voulu user de leur droit, deux visites faites auprès des malades qu'ils ont eus à soigner eux-mêmes, et ils obtiendront un total qui leur ouvrira les yeux.

Ils verront, sans l'ombre d'un doute, que le prix de leur visite n'est plus d'un dollard mais bien plutôt de dix à quinze centins!

Que ces mêmes médecins, assez heureux pour n'avoir à soigner que le quart où la moitié des sociétaires de leur "Cour" composée de membres ayant quelque fortune, lorsque tous ont droit à leurs soins, songent au sort de leurs confrères qui, eux, ont à traiter tous les membres malades de leur "Cour" composée de gens plutôt pauvres; car il y a une différence énorme, entre les sociétaires pauvres et les sociétaires riches; ces derniers pouvant facilement payer pour un médecin de leur choix, alors que les premiers sont obligés d'accepter celui désigné par la société.

Que diront ceux qui prétendent qu'un dollar par année, pour chaque membre, est un dédommagement suffisant pour les médecins de société, lorsqu'ils apprendront que quelques confrères ne reçoivent plus que cinquante centins, par membre, lorsque la cour est très nombreuse?

Et que penser des confrères qui offrent leurs services au rabais?

S'il y a en effet des sociétés qui poussent l'impertinence jusqu'à offrir au médecin moins d'un dollar par année et pour

chacun de leurs membres, il y a aussi, convenons-en, des médecins qui se prêtent à ce jeu quelque peu déshonorant pour la dignité médicale.

Il faut être aveugle pour ne pas voir où tout cela mène!

Est-il besoin d'attendre pour réagir que notre profession soit, comme en France et en Angleterre, exploitée à des prix vils?

Pourquoi ne pas profiter de l'exemple donné par ces deux pays où les médecins réagissent, s'organisent afin de se protéger contre la rapacité des sociétés mutuelles, dans le but d'améliorer leur position avant qu'il soit trop tard?

Tout le monde y gagnera, le médecin comme le sociétaire. Ce dernier n'aime ordinairement pas qu'on lui impose un médecin qu'il n'a pas lui-même choisi; souvent il craint de lui confier sa personne, ses secrets, parce que le "médecin bon marché" ne lui inspire aucune confiance. Que de fois les malades nous avouent qu'ils préfèrent payer un médecin de leur choix plutôt que d'appeler le médecin de leur société! La chose n'est-elle pas triste, quand ce mépris, ce dédain du sociétaire s'adressent à un médecin de beaucoup supérieur à celui investi de sa confiance et qu'il vient de consulter?

Je me trompe fort, ou cette façon de voir d'un grand nombre de sociétaires jointe à l'habitude que prennent malheureusement quelques médecins de sociétés, de traiter à la diable, est loin d'augmenter le prestige de notre profession.

Les médecins mutualistes et toute la profession en général ont tout à perdre et rien à gagner avec l'état de choses actuel.

Que faire?

L'expérience des pays étrangers est là pour nous prouver qu'il faut d'abord que les médecins de chaque ville, de chaque district, se groupent, se syndiquent, afin de mieux s'entendre sur les moyens à prendre pour se protéger.

Allons donc de l'avant; ne craignons pas d'imiter les corps de métiers qui, déjà, chez nous, forment des unions puissantes, C'est par là qu'il faut commencer et le plus vite possible!

L'avenir est aux syndicats, que les médecins ne soient pas les derniers à emboîter le pas.

Les médecins, de la ville de Montréal par exemple, ne pourront traiter avantageusement avec les sociétés de secours mutuels, que lorsqu'ils formeront un corps puissant ayant une direction unique.

Aujourd'hui, dit le Dr P. Guillaud, les sociétés profitent de notre défaut d'entente, elles nous commandent comme à leurs valets et nous traitent comme leurs très humbles obligés. A leurs exigences opposons une ferme entente syndicale, et nous verrons leur attitude changer du tout au tout ; ce sera nous qui leur commanderons et imposerons nos volontés, volontés auxquelles, bon gré mal gré, elles devront se soumettre, car, ne l'oubliez pas, le service médical assuré à leurs sociétaires est pour elles une question de vie ou de mort : le jour où une société ne pourra pas assurer ce service médical à ses membres participants, ce jour-là sera son dernier, car elle n'aura plus de raison d'être, dans la majorité des cas.

Voilà qui est bien dit, et dit bien à propos pour nous !

C'est en effet la chambre syndicale qui serait chargée de régler les rapports entre ses membres et les sociétés de secours mutuels.

Une société de secours mutuels désire-t-elle s'assurer un service médical ? Elle devra, dit le Dr Guillaud, s'adresser à la Chambre syndicale, lui fournir les liste et profession de ses membres participants, et, suivant la condition sociale de ceux-ci, la Chambre syndicale fixera pour la société le tarif auquel elle pourra s'assurer notre concours et lui remettra la liste des médecins qui consent à assurer son service.

Il est certain qu'en dehors du syndicat, il se trouvera toujours des parias de notre profession qui ne reculeront devant aucune faiblesse ni compromission ; mais ne nous laissons pas arrêter par ces tristesses ! Aujourd'hui, isolés, nous ne sommes rien ; demain, soyons tous syndiqués et nous serons tout !

Je puise largement dans le rapport du docteur Guillaud, parce qu'il y dit des choses qui s'appliquent tout aussi bien à nous médecins Canadiens qu'à nos confrères de France. J'ai tenu à citer ses propres paroles pour que nos collègues, qui voient tout en rose avec les sociétés de secours mutuels, ne m'accusent pas d'exagérer, à plaisir le mal qui nous ronge !

Pour le docteur Guillaud, le service médical d'une société de secours mutuels serait :

- 1° Pour le sociétaire : liberté absolue du choix du médecin ;
- 2° Pour le médecin : honoraires à la visite, au pro rata du travail fait et réel.

Rien de plus légitime, il me semble, et autant à l'avantage du sociétaire que du médecin.

Nous l'avons dit, il est immoral d'imposer à un sociétaire un médecin qui n'a pas sa confiance.

Lorsque les membres des sociétés de secours mutuels connaîtront les noms de tous les médecins mutualistes, il leur sera facile de faire le choix qui leur conviendra.

De même les médecins seront payés convenablement et, cela, pour tout leur travail.

Cette manière d'envisager la question est bien conforme avec les conclusions du rapport du docteur Cuyllits (de Bruxelles) au premier congrès international de médecine professionnelle et déontologique de 1900 *Sur les rapports des médecins avec les mutualités*:

1° Toute mutualité vraie a droit à un tarif médical minimum, qui, dans toutes les autres circonstances, serait incompatible avec notre dignité professionnelle;

2° Les mutualités ne pourront bénéficier de ces tarifs que si elles s'engagent à n'accepter et à ne conserver comme participants que les personnes peu aisées;

3° Ce tarif peut être différent et adapté aux ressources des mutualités ou aux habitudes locales;

4° Les tarifs seront établis de commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales. Ces tarifs seront notifiés à tous les médecins, laissant ainsi à tous la faculté de s'y soumettre;

5° Le système par abonnement ne peut être autorisé à quelque titre que ce soit, et le choix du médecin doit rester libre à tout mutualité;

6° Un médecin fera partie du Conseil d'administration de chacune des sociétés de secours mutuels en vue d'assurer le bon fonctionnement des secours médicaux, tant au point de vue des malades que des intérêts de la mutualité elle-même.

Voilà autant de documents qui pourront nous servir, lorsque nous aurons compris l'avantage du syndicat et les bénéfices que nous pouvons en retirer.

Je sais que dans quelques villes de notre province, Sherbrooke entre autres, les médecins en sont venus à une entente pour ne pas donner leurs services médicaux aux sociétés de secours mutuels, et que les sociétaires sont traités dans cette ville aux mêmes conditions que les autres citoyens.

C'est, il faut l'avouer, un moyen aussi juste que radical de trancher la question des rapports entre les médecins et les sociétés de secours mutuels. Eh oui! pourquoi traiter à prix réduit un malade qui paie son avocat, son épicier, etc., etc.,

comme tout le monde? Sommes-nous obligés de faire la charité, où à peu près, de nos services à un individu, par cela même qu'il fait partie d'une société de bienfaisance? Non évidemment!

Je comprends, alors, que des médecins (comme ceux de Sherbrooke) qui s'estiment entre eux, et qui s'entendent constamment, sur toutes les questions d'intérêts professionnels, coupent court aux propositions de sociétés de secours mutuels et refusent catégoriquement de modifier leur tarif.

Mais, voilà, Montréal n'est pas Sherbrooke; l'accord, facile pour un petit nombre de médecins, devient par suite du nombre plus difficile ici. Je pense qu'il est impossible de réaliser, dans notre ville, une réforme aussi radicale que celle faite à Sherbrooke et je crois qu'il vaut mieux travailler à la formation d'un syndicat pour arriver ensuite, infailliblement, à imposer nos conditions aux sociétés de secours mutuels!

Je termine en demandant aux médecins de campagne de se tenir sur leurs gardes,, de refuser, s'il n'est pas déjà trop tard, de faire du service médical pour les " Cours " que les agents recrutateurs de chaque société cherchent à former dans chacune de nos belles communes. Qu'ils ne se laissent pas convaincre par leurs amis qui ont tout intérêt à se faire traiter au rabais.

Est-ce que l'Ecole de Médecine ne pourrait pas à chaque fin d'année, par l'intermédiaire de son professeur le plus autorisé, expliquer aux nouveaux médecins le tort que peuvent leur faire les sociétés dont nous nous occupons et les engager à se joindre à leurs aînés dans l'effort commun contre le plus grand ennemi présent et à venir de notre profession: la mutualité?

J.-E. DUBÉ.

ANALYSES

MEDECINE

Rétrécissement de l'œsophage et radioscopie à la Société Médicale des hôpitaux, séance du 27 Juin.

Monsieur Soupault a fait une communication sur un syndrome clinique particulier qui simule le rétrécissement de l'œsophage. Il rapporte l'histoire de malades souffrant de troubles gastriques, accompagnés de troubles de la déglutition, pouvant aller jusqu'à la dysphagie.

Les aliments déglutis lentement et en petite quantité sont gardés. Mais si la déglutition est rapide et si la quantité est forte, les malades ont des vomissements et rejettent des résidus alimentaires antérieurs. Ces troubles s'accompagnent d'efforts pénibles, violents, qui reviennent à intervalles variables. Les malades accusent une sorte de pesanteur épigastrique avec sensation de plénitude; ils peuvent ainsi se cachectiser rapidement. Le cathétérisme de l'œsophage permet de constater la perméabilité parfaite du canal pour les sondes de toute dimension. Dans ces cas, M. Soupault a constaté la réduction extrême de la capacité gastrique due à la rétraction et à l'épaississement des parois du viscère.

M. Beclère a fait remarquer, à propos, comment la radioscopie pouvait confirmer ou réfuter le diagnostic de rétrécissement de l'œsophage. Il suffit de faire avaler au malade un cachet de *bismuth*. L'image de cette substance apparaît sur l'écran radioscopique sous la forme d'une ombre extrêmement accusée. En suivant le passage du médicament, on peut constater l'existence ou l'absence du rétrécissement, son siège son degré et les contractions de l'œsophage.

Le régime alimentaire des tuberculeux par H. Rousseau—Thèse de Paris 1902, dans *Gazette des Hôp.*, août 28, 1902.

L'auteur, avec raison, estime que le véritable traitement de la tuberculose est plutôt alimentaire que médicamenteux. La ration d'entretien, pour un homme normal, est de 100 grammes d'albumine, 45 grammes de graisses et $3\frac{1}{2}$ grammes d'hydrate de carbone par jour. Il faudra donc donner au tuberculeux une quantité d'aliments représentant cette ration. Il faut choisir, au point de vue de la valeur alimentaire la viande porc est la plus économique, puisque l'homme utilise les $\frac{1}{2}$ de la graisse qu'elle contient et les $\frac{1}{3}$ de ses albuminoïdes. Mais elle est souvent mal supportée et cause des nausées désagréables.

La viande de cheval est nutritive et aussi facile à digérer que la viande de bœuf. La viande de veau a peu de valeur, car elle contient plus d'eau et de substance collogène et moins d'albumine et de graisse que la viande de bœuf. Le riz de veau est mieux apprécié.

Quant aux poissons, on les divise en deux catégories. Les poissons maigres (brochets, soles) conviennent mieux aux tuberculeux dyspeptiques; les poissons gras (hareng, saumon, maquereau, sont indigestes.

Les huîtres sont bonnes. Le jambon est agréable et il est riche en matières azotées et en sels minéraux. Mais les viandes de bœuf et de mouton qui contiennent 18 à 20 p. 100 de principes albuminoïdes sont supérieures à toutes les autres. La viande crue se digère beaucoup plus facilement que la viande cuite à laquelle elle est supérieure dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Le meilleur procédé consiste à la réduire en pulpe délayée dans une petite quantité de bouillon froid jusqu'à ce que le mélange prenne l'aspect

d'une purée de tomates. On peut verser dans ce mélange une certaine quantité de potage que l'on chauffe légèrement, en tournant constamment le mélange à l'aide d'une cuillère. On la donne ainsi à petites doses en augmentant peu à peu, sans jamais dépasser 300 grammes par jour. Le jus de viande obtenu par expression de la viande est un bon aliment pour les tuberculeux anorexiques. Il est supérieur à la pulpe de viande.

La poudre de viande est connue de tous les médecins. On peut l'obtenir à la maison en faisant sécher au bain-marie de la pulpe de viande fraîche qu'on réduit en poudre au moyen d'un moulin à café. La valeur alimentaire est bonne : 100 grammes de poudre équivalent à 375 grammes de viande fraîche. On la délaye dans du bouillon chaud à la dose d'une à trois cuillères à soupe. Quant aux extraits de viande, leur valeur nutritive est limitée. V. g. la *somatose* que l'on conseille de donner à la dose de 20 à 40 grammes par jour.

Les aliments gras sont indispensables et parmi eux l'*huile de foie de morue* jouit d'une faveur particulière, mais on la donne à doses trop minimes. Suivant Jaccoud, les doses 2 c. à 5 par jour sont plus nuisibles qu'utiles. Il conseille 100 à 200 grammes par jour en deux doses.

On peut y ajouter, suivant Dieulafoy, 1 à 2 milligrammes de strychnine pour aider à la digestion.

Il y a des signes d'intolérance qu'il faut connaître. Ainsi une diarrhée rebelle et une hypertrophie du foie consécutives à l'ingestion d'une grande quantité d'huile de foie de morue doivent nous engager à en suspendre l'emploi momentanément.

La *glycérine*, préconisée par Jaccoud, donne de bons résultats, mais il faut qu'elle soit *pure*, c'est-à-dire neutre, et il ne faut pas dépasser la dose de 40 à 60 grammes par jour, car on observe, au delà, de l'agitation, du délire, etc., et quelquefois, en l'absence de tout incident pyrétogène, une élévation de température supérieure à $\frac{1}{2}$ degrés. On peut y ajouter quelques gouttes de menthe, de rhum ou de cognac.

Quant aux autres aliments, le chocolat, le pain, les pâtes alimentaires, les légumes, les pommes de terre, les aliments sucrés, les fromages, leur valeur nutritive est connue déjà.

Les œufs constituent un aliment de choix à la portée de tous, et peuvent être absorbés de toute façon. En somme, dit l'auteur, "le régime alimentaire du tuberculeux doit être basé sur l'observation individuelle du malade et varier suivant les indications."

J. A. LESAGE:

CHIRURGIE

Tic douloureux de la face et exan pathologique de 15 ganglions de Gassor réséqués.

Qui de nous n'a rencontré un de ces cas désespérants de tic douloureux de la face. Avec quelle persistance cette névralgie trigéminal se rit d'habitude de nos efforts thérapeutiques est de mémoire à ceux qui en ont tenté la guérison. Pour multiples qu'en soient les causes et non moins nombreuses les panacées, la guérison est rare.

Que ce soit la forme hystérique, si bien étudiée par Gilles de La Tourette ; ou celle dépendant de l'épilepsie vraie, que Trousseau a bien mise en lumière ;

qu'elle reconnaisse pour cause apparemment déterminante une exposition au froid ou des dents cariées, le résultat thérapeutique est maigre. Peut-être doit-on faire exception pour cette variété rattachée à l'artério-sclérose, qui a bénéficié du régime végétarien et lacté absolu, joint au traitement ioduré, tel que von Leyden de Berhis en a rapporté des cas ; ou peut-être encore mieux celle que l'on trouverait greffée sur un état spécifique. Bilatérale, et c'est là son trait quasi pathognomonique, cette dernière, souvent prodromique de la paralysie générale, est heureusement influencée pour le mieux par le traitement mixte qu'il faut ici faire intensif.

L'électricité continue—même à hautes intensités suivant la méthode de Bergonnié, n'a pas donné de succès plus constants ni meilleurs que les médicaments. Si bien que, de désespoir, ces torturés viennent nous réclamer impérieusement une opération, quand ils ne vont pas jusqu'au suicide : on en cite plus d'un cas.

Les résections nerveuses périphériques dont on avait beaucoup espéré n'ont été qu'un leurre ou à peu près. On fit un pas de plus et Krause, de Berlin, proposa en 1892 la résection du ganglion de Gasser. L'an dernier Krause faisait rapport de 24 cas opérés, de 36 à 72 ans. Parmi eux, 6 au delà de 53 ans sont guéris, et voilà plus de 5 ans qu'ils sont opérés.

Les dangers de l'opération ne sont pas à dédaigner : c'est une trépanation de la base du crâne qu'il faut aller exécuter et cela dans la profondeur ; l'hémorrhagie est formidable, quoiqu'elle se contrôle généralement bien par la compression ; les troubles trophiques oculaires consécutifs sont assez sérieux parfois, sans oublier une semi-ankylose de la mâchoire.

La mortalité opératoire du plus expert, de Krause lui-même, est de 25 p.c.

Si, malgré tout cela, la guérison était sûre et permanente ! Aussi en face de ces dangers opératoires immédiats et consécutifs, était-il intéressant de connaître la nature des altérations du ganglion de Gasser, et, si léSIONS il y avait, de voir si elles étaient causes de la névralgie.

Coenen a publié dans un des derniers nos. des *Archiv. v. Langenbeck* le résultat de ses recherches microscopiques sur 15 cas de résection de ce ganglion faites par von Lexer pour guérir de telles névralgies.

Dans 13 cas, il avait été tenté des résections périphériques antérieurement ; pour les deux autres la résection ganglionnaire était primaire. Voici ses conclusions :

Dans les 2 cas, sans opération antérieure, le ganglion était normal (ce qui concorde avec les observations déjà faites par von Monari et Schwab). Pour les 23 autres cas, les lésions étaient à peu près toutes les mêmes : gonflement et vacuolisation des cellules, dégénérescence granuleuse, atrophie, chromophilie et enfin dépérissement des cellules ganglionnaires, avec hypertrophie conjonctive compensatrice.

L'auteur regarde ces altérations comme consécutives aux opérations périphériques, et non comme causales de la névralgie : ce que semble d'ailleurs confirmer l'état normal des deux ganglions extirpés primordialement, sans opération périphérique antérieure. L'on sait bien aujourd'hui d'ailleurs cette névrite ascendante consécutive aux traumatismes, soit accidentels, soit opératoires, des rameaux nerveux.

Nous ne sommes donc, de tous côtés, que très peu encouragés à entreprendre cette résection intracranienne du ganglion de Gasser.

Il reste une dernière intervention chirurgicale qu'il serait prématuré de juger : la résection du ganglion sympathique supérieur. Cette résection exerce, pour me servir de la proposition de Chipault, son influence vaso-motrice non seulement sur le ganglion de Gasser, mais encore sur les branches périphériques et les centres bulbaires du trigêmeau.

Plutôt bénigne, quoique délicate, cette intervention est probablement destinée à devenir notre moyen de choix contre cette névralgie exaspérante qu'est le tic douloureux de la face.

Ablation de ganglions tuberculeux du cou, versus tuberculose miliaire.

Plus d'un médecin, surtout parmi les âgés, que l'observation des années a instruits à l'école de l'expérience, sont opposés à l'ablation des ganglions hypertrophiés du cou.

Les trois cas suivants m'ont à ce point de vue paru d'un intérêt spécial, et je les emprunte à Willmer dans les *Beitrag zur klin. Chirurg.*, 1902.

1^{er} CAS.—Homme, 24 ans, fort et en bonne santé. 4 mois avant l'opération, les premiers signes d'hypertrophie ganglionnaire. Les ganglions hypertrophiés caséux sont enlevés. Dès le lendemain la température monte, et le 18^{ème} jour il mourrait de tuberculose miliaire.

2^{me} CAS.—Fem., 24 ans, robuste, bonne santé, bien nourrie. Au lendemain de l'énucléation des ganglions la température apparaît et en 17 jours elle mourait de tuberculose miliaire.

3^{me} CAS.—Enfant, 5 ans, avec masse ganglionnaire aux deux côtés du cou. Légère élévation de température les jours suivant l'extirpation ; le 13^{ème} jour haute élévation de la fièvre et en trois jours il mourait de tuberculose miliaire.

En face de ces cas, Willmer se demande si l'opération n'a pas été l'étincelle à la botte de paille.

Comme lui, je soumetts ces observations, sans vouloir en tirer de conclusions absolues.

Grand nombre de vaisseaux sanguins sont ouverts durant ces énucléations. Or nous savons que le bac. tuberculeux à l'instar du bac. typhique et nombre d'autres, se généralise par la circulation sanguine. Voilà pourquoi je suis très sobre du couteau dans les interventions pour lésions tuberculeuses. Contre le lupus, je préfère les galvano-punctures dans les arthrites, si possible, j'emploie les ponctions au galvano ou au thermo à l'instar de Kirmisson qui a obtenu des résultats merveilleux par ce procédé. Les fistules, lorsque je les ouvre, je ne manque jamais de les cureter et cautériser immédiatement.

Soyons justes cependant, et reconnaissons que le bac. de Koch n'est pas toujours uniquement en cause dans les hypertrophies ganglionnaires du cou. Le strepto. et les staphylos., de même que le pneumococque sont coupables souvent, et il va sans dire qu'ici l'énucléation est plus favorable.

E. ST-JACQUES.

OBSTETRIQUE

Un cas d'embryotomie rachidienne pratiquée sans l'aide d'aucun instrument, par Dr LAFAYRE, de Fontainebleau, dans *Revue Pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, oct. 1901.

Primipare assistée par une sage-femme. Enfant mort, présentation de l'é-

paule, procidence d'un bras. L'auteur est appelé par hasard, impossible de se procurer un instrument. Une tentative de version ne fut pas heureuse : l'abaissement des deux pieds déterminant un mouvement de bascule lorsqu'on tirait sur un seul—l'autre remontant—ne contribuait qu'à fixer davantage le fœtus lorsque la traction s'exerçait sur les deux pieds.

L'embryotomie était la seule chance d'en sortir ; mais il n'y avait aucun instrument.

L'auteur commença par une désarticulation des deux cuisses, au moyen de traction, le fœtus étant macéré. Restait la tête dans la fosse iliaque droite et le tronc à gauche. L'auteur fait bouillir une mise à fouet, en entoure le cou de l'enfant en l'attachant sur son doigt et fait la section en quelques secondes. L'abaissement des deux bras amène le tronc au dehors ; la compression du fond de l'utérus et deux doigts introduit dans la bouche amenèrent également la tête.

Hémorragie, délivrance artificielle ; injection intra-utérine de 8 litres d'eau bouillie à 50° qui arrête le sang. L'intervention avait duré une heure. Dans la soirée, l'auteur revient avec des instruments : curage digital, écouvillonnage à la glycérine créosotée. Injection d'eau bouillie matin et soir ; 1 gramme de quinine par jour. Le 6ème jour température normale, le 24ème, la femme reprenait son état de blanchisseuse.

Traitement de l'éclampsie, par MAYGRIER, dans la *Gazette des Hôpitaux*, 9 septembre 1902.

L'auteur exprime l'opinion, aujourd'hui admise, que l'éclampsie est considérée comme une anti-intoxication d'origine gravidique et que le traitement a bénéficié des idées nouvelles.

L'albuminurie exigera que la femme soit soumise au régime lacté exclusif. Une fois la maladie déclarée l'auteur institue le traitement suivant :

Saignée de 300 à 500 grammes, suivie d'une injection sous-cutanée de sérum artificiel.

Chlorure de sodium.....	8 grammes
Eau bouillie.....	1000 "

Il donne un grand lavement et prescrit le lait à la dose de 150 à 300 grammes toutes les deux heures.

Le chloroforme et le chloral calmeront le système nerveux, mais il faudra doser la quantité de chloroforme de façon à ce que l'intoxication médicamenteuse ne succède pas à l'intoxication éclamptique. On en verse quelques gouttes sur un mouchoir au moment de l'excitation. Quand au chloral on peut le prescrire en lavements :

Hydrate de chloral.....	4 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1 "
Lait.....	200 "

Les bains chauds facilitent la fonction rénale.

Faut-il débarrasser l'utérus? L'auteur se prononce contre l'accouchement provoqué, car même après cette intervention la maladie se continue ; les seules indications commandant l'intervention sont l'anurie et l'élévation de la température. D'autre part, dès que le travail est commencé il faut intervenir rapidement et hâter la délivrance suivant les cas, par les moyens ordinaires : forceps, version, etc. Il faut, de toute façon, terminer rapidement l'accouchement.

J.-A. LESAGE.

PEDIATRIE

Traitement de la syphilis des nouveaux-nés, dans le Scalpel, 10 août 1902.

I. *Syphilis héréditaire congénitale* :

1. Entourer l'enfant de soins dès sa naissance ; éviter les refroidissements.
2. Avant chaque tétée, dans une cuillère en bois ou en porcelaine, donner une goutte de liqueur de Van Swieten, jusqu'à dix à douze gouttes par jour et augmenter jusqu'à vingt ou trente.
3. Faire tous les jours, pendant trois semaines, une friction prolongée dans les aisselles, les aines, etc., changer chaque fois ; recouvrir la partie de ouate ; le lendemain, laver au savon cette même partie, et recommencer la friction en un autre endroit.
4. Contre les accidents de la peau donner, deux fois par semaine, un petit bain avec

Sublimé..... 0 gr. 50 centigr.
Alcool..... 10 grammes.

ajouter à l'eau du bain. Saupoudrer les plaques muqueuses et les excoriations cutanées avec le mélange suivant :

Calomel..... 10 grammes.
Poudre d'amidon..... 200 "

5. Au 4^{me} mois donner le sirop de Gibert à la dose de 20 à 40 gouttes suivant la marche des accidents, même après cessation, une cure mixte intermittente assurera la guérison.

II. *Syphilis héréditaire tardive* :

1. Avant les repas, donner, suivant l'âge, une cuillère à thé ou une cuillère à dessert du sirop suivant :

Iode de potassium..... 5 grammes.
Sirop de gentiane..... 350 "

La liqueur de Van Swieten peut être donnée aux doses suivantes :

De la naissance à 2 ans.....	12 à 30 gouttes.
De 2 à 3 ans.....	30 à 50 "
De 3 à 7 ans.....	50 à 100 "
De 7 à 10 ans.....	1 à 2 c. à thé.
De 10 à 12 ans.....	2 à 3 "
A 12 ans et au-dessus.....	3 à 4 "

Le sirop de Gibert :

De 4 à 6 mois.....	¼ de cuil. à café.
De 6 mois à 1 an.....	½ "
De 1 an à 2 ans.....	1 "
De 2 à 3 ans.....	1 ½ "
De 3 à 5 ans.....	2 "
De 5 à 7 ans.....	3 "
De 2 à 10 ans.....	4 "

En cas de diarrhée persistante remplacer par la friction.

J.-A. LESAGE.

THERAPEUTIQUE

Nouvelle contribution à l'étude de l'épilepsie vertigineuse et de son traitement par le bromure de camphre, par BOURNEVILLE et AMBARD, (*Archives de Neurologie*, juillet 1902).

Aux remarquables résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement de l'épilepsie par le bromure de camphre, et déjà consignés dans les *comptes rendus* du service des enfants de Bicêtre, M. M. B. . . et A. . . ajoutent trois faits nouveaux dont ils donnent une observation très détaillée. Ce sont deux cas d'épilepsie symptomatique et un cas d'épilepsie idiopathique.

Le traitement institué consiste en l'administration de *capsules de bromure de camphre*, deux la première semaine, quatre la seconde, . . . dix la cinquième, on suspend une semaine et on recommence ; concurremment on donne l'élixir polybromuré de 1 à 4 grammes et de 4 à 1. Hydrothérapie. Le traitement doit être longtemps prolongé, ce n'est qu'à cette condition qu'on peut attendre un heureux résultat.

E. P. CHAGNON.

Traitement de l'épilepsie par la bromuration sans sel, par HALLÉ et BABONNEIX, dans la *Revue des Maladies de l'Enfance*, septembre 1902.

Les auteurs ont mis à profit les idées émises par MM. Richet et Toulouse sur ce point. Ils rapportent trois observations d'enfants de 9 à 14 ans, traités avec succès par ce procédé.

Dans un premier cas, il s'agit d'un enfant qui a des crises nocturnes depuis l'âge de 3 ans ; il en a 14. Dès son entrée il est soumis au régime des purées sans sel et de lait sans pain, avec une potion contenant 2 grammes de bromure à prendre dans les 24 heures. Depuis le début, l'enfant n'a eu aucune attaque.

Une deuxième observation concerne une enfant de 15 ans qui a des crises intermittentes, diurnes, depuis l'âge de 15 mois, chez laquelle le traitement a donné les mêmes résultats.

Dans la dernière observation il s'agit d'une enfant de 9 ans qui a des crises depuis l'âge de 5 ans, à la suite d'une vive frayeur. Il est soumis au traitement indiqué ci-dessus : 1 gramme de bromure, sans sel, le 8 février. L'enfant part le 28 du même mois sans avoir eu une seule attaque. Un mois après, le retour à l'ancien régime provoque de nouvelles attaques qui sont dissipées de la même façon.

Richet et Toulouse expliquent ainsi le mode d'action de cette méthode : "En privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorure, on doit le rendre plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition des cellules par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition des cellules pour ces poisons est plus intenses, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence de sels alcalins alimentaires." Suivant les auteurs, la façon la plus simple de prescrire la bromuration sans sel consiste dans le régime lacté. En effet un litre de lait contient 1 par 50 de chlorure de sodium, et la quantité nécessaire à l'organisme est de 2 par 50 à 3 grammes par jour. Il est donc facile de se guider, d'autant plus que le lait diminue les fermentations gastro-intestinales si pernicieuses dans ces cas. Deux principes sont à retenir de cette méthode : 1° l'organisme "

besoin, chaque jour, de 2 à 3 grammes de sel ; 2° il est autant plus sensible à l'action des bromures qu'il est moins saturé de chlorure de sodium ; il ne faut pas dépasser la dose journalière de 2 grammes pour l'enfant et de 4 grammes pour l'adulte.

Les auteurs recommandent l'essai de cette méthode qui amène une amélioration rapide et durable.

De la constipation et de son traitement, par SURMONT, dans l'*Echo Médical du Nord*, 25 mai 1902.

L'auteur dit que, cliniquement, il y a deux variétés de constipation habituelle : " une *spasmodique*, dans laquelle les matières sont ovillées, les boules isolées les unes des autres ; dans cette forme le ventre est plat, l'intestin est contracturé, dur, sensible, et même douloureux à la palpation ; le lavage de l'intestin est mal supporté et ne donne que de mauvais résultats ; et une forme *atonique*, dans laquelle le ventre est distendu, météorisé. Le coecum est encombré de matières qui sont conglomérées ; il gargouille et donne à la main la sensation d'une masse mollasse, pâteuse. Ici le lavement est bien toléré. Les malades de la première forme sont le plus souvent des nerveux excitables, des déprimés, des chroniques."

Dans la *constipation atonique* on pourra conseiller les viandes de bœuf, de mouton, de veau, les volailles grillées, le jambon, les viandes fumées, les œufs, les fruits, les raisins, le miel, la crème. La douche froide sur le ventre le matin aura un bon effet.

Au point de vue médicamenteux, la graine de lin moudée à la dose de trois cuillerées à café par jour dans un peu d'eau ; l'huile d'olive, de ricin agiront bien. Si ces médicaments échouent on peut s'adresser au calomel à petites doses ; les purgatifs salins ne sont utiles qu'après une période de constipation prolongée. L'auteur conseille la formule suivante :

Poudre fraîchement préparée de follicules de séné	
soigneusement lavés à l'alcool.....	10 grammes.
Soufre sublimé et lavé.....	5 " "
Poudre de fénouil.....	} ââ 2 gr. 50 centigr.
" réglisse.....	
Sucre pulvérisé.....	5 grammes.

Une cuillerée à café tous les soirs ou tous les matins.

On peut aussi prescrire des cholagogues et des excitants de la sécrétion intestinale : v. g.

Podophyllin..... 2 centigr.

Savon médicinal..... I " "

Pour une pilule, une à deux par jour, ou bien

Eronymine..... 4 centigr.

Savon médicinal..... Q. s.

Pour une ou deux pilules, une à deux par jour.

L'auteur conseille de ne pas prolonger l'emploi de ces médicaments et il rejette absolument l'usage de l'aloès, de la gomme-gutte et du jalap dont l'action est trop énergique, et la rhubarbe " qui exagère la constipation après une amélioration de courte durée." Les lavements sont bons à condition qu'ils ne soient pas trop abondants et qu'on ne les garde pas trop longtemps. On peut les pren-

dre froids ou additionnés de sel de cuisine ou de glycérine (1 à 2 cuillerées à soupe pour 250 grammes.)

Les suppositoires sont indiqués chez les malades qui se plaignent de ne jamais éprouver le besoin d'aller à la garde-robe dû à la diminution de la sensibilité du rectum. Le traitement de la *forme spasmodique* est long et repose sur un régime diététique sévère.

On recommande surtout ici l'emploi de la viande blanche : les potages maigres. On interdira complètement les vins, le café, le lait pur, et on conseillera de prendre de petits repas répétés. L'hydrothérapie tiède est tout indiquée. On emploie quelquefois les sacs de sable, de son, etc.... Le massage ordinaire et l'électrothérapie sont contre-indiqués.

Parmi les agents médicamenteux les plus recommandés sont les antispasmodiques : la belladone et la jusquiame.

Extrait de belladone.....	} ââ 1 centigr.
Poudre de belladone.....	

Pour une pilule, une à quatre par jour, au repas ou le soir.
ou bien :

(Trousseau.)

Extrait aqueux de jusquiame.....	} ââ 4 centigr.
Poudre aqueuse.....	

Une à cinq pilules par jour.

Quant aux lavements, dans cette dernière forme, ce sont les lavements huileux qui donnent les meilleurs résultats.

J.-A. LESAGE

A l'Université.

La Faculté de Médecine a fait dernièrement, plusieurs nominations importantes.

Monsieur le docteur Parizeau est nommé professeur de Pathologie externe et succède au regretté prof. Brunelle. Monsieur le docteur Valin, agrégé, est nommé professeur suppléant à la chaire d'hygiène.

Messieurs les docteurs Bernier et St-Jacques, agrégés, sont chargés des cours de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique.

Nous félicitons les nouveaux arrivés, qui sont des collaborateurs instruits et dévoués à l'*Union Médicale* du Canada.

PHARMACOLOGIE

Formulaire.

CONTRE LE TOENIA CHEZ LES ENFANTS.

Huile étherée de fougère mâle.....	4 grammes.
Calomel à la vapeur.....	0 g. 40 centigr.
Eau.....	15 grammes.
Sucre en poudre.....	15 grammes.
Gélatine	Q. s.

A donner à un enfant de cinq ans après un jour de régime lacté.

LINIMENT CONTRE LE RHUMATISME MUSCULAIRE.

Baume de Fioraventi.....	20 grammes.
Alcool camphré.....	20 "
Essence de térébenthine.....	3 "
Chloroforme.....	5 "
Menthol	2 "

En applications ou frictions légères.

CONTRE LES HÉMORROIDES NON-PROCIDENTES.

Vaseline.....	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 g. 20 centigr.
Antipyrine.....	1 g. 50
Salol.....	1 g.
Cire.....	Q. s.

pour consistance assez solide.

Appliquer dans l'anus 2 à 3 fois par jour gros comme une noisette.

CONTRE LES HÉMORROIDES PROCIDENTES.

Vaseline.....	30 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 g. 15 centigr.
Tanin.....	1 gramme.
Ext. de ratanhia	0 g. 50 centigr.
Ext. de belladone.....	0 g. 10 centigr.

En application comme ci-dessus.

SIROP DE DENTITION.

Acide citrique.....	0 g. 50 centigr.
Eau distillée.....	0 g. 50 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 g. 5 centigr.
Sirop de sucre.....	10 grammes.
Sirop de safran	10 grammes.
Teinture de vanille.....	XII gouttes.

En frictions sur les gencives au moment de la dentition.

BIBLIOGRAPHIE

Notes pratiques sur l'Hydrothérapie, l'Electricité et les Rayons X,
par le Dr C.-N. DEBLOIS, des Trois-Rivières.

Le docteur De Blois, médecin en chef de l'Institut hydrothérapique et électrothérapique de Trois-Rivières, vient de publier, dans une brochure, un exposé synthétique des notions généralement admises, aujourd'hui, sur l'utilité des agents physiques dans la cure des maladies, d'une manière générale.

Depuis quelques années, on a reconnu le bien fondé des observations de certains médecins tendant à établir la supériorité, dans certains cas, des agents physiques dans la thérapeutique médicale. Dès longtemps contrôlées et vantées outre mesure par les adeptes d'un empirisme mal compris, ces méthodes nouvelles jouissent aujourd'hui d'une confiance justifiée par de nombreux succès. En effet, depuis les travaux des écoles française et allemande, la thérapeutique par les agents physiques repose sur des principes solidement établis grâce à l'observation rigoureuse de la médecine rationnelle.

Élève convaincu de ces deux écoles, l'auteur a voulu vulgariser, surtout parmi ses confrères, ces méthodes apparemment délaissées dans notre milieu médical. Il a fondé un Institut où sont scientifiquement appliquées ces notions notoirement connues mais si peu comprises.

L'hydrothérapie, tout utile et bienfaisante qu'elle soit, n'est pas considérée comme une panacée "un remède à tous les maux." L'auteur s'élève contre ces exagérations "qui compromettent les meilleures causes." Il faut, comme en tout, l'appliquer avec discernement. "Méthode complexe et variée dans ses effets, mettant en jeu les principaux appareils organiques, l'hydrothérapie a besoin d'être administrée avec prudence, suivant des formules et des règles qui varient dans chaque cas particulier, et pour la bonne administration desquelles une surveillance médicale compétente est indispensable." L'auteur fait suivre ces considérations générales d'avis importants sur l'heure propice de la douche ou du bain; de la réaction qui doit suivre; des indications des douches froides et des douches écossaises; de l'hydrothérapie à domicile avec ses avantages et ses inconvénients; de l'hydrothérapie pendant l'hiver, qui serait la saison la plus favorable; enfin de la sudation qui "est le complément indispensable de l'hydrothérapie."

L'électricité sous toutes ses formes vient au secours de l'hydrothérapie. L'électricité statique est appliquée avec succès dans certaines formes de névroses et névralgies; lombago, sciatique, épuisement cérébral, etc.

Par le même procédé, l'auteur utilise les inhalations d'ozone dans certaines affections des voies respiratoires; il en est de même de la *cataphorèse* (transfusion des médicaments à travers la peau) qui a donné des résultats appréciables.

La galvanisation et la faradisation sont utilisées dans un grand nombre de cas, ainsi que le bain hydro-électrique.

Le mouvement, par la gymnastique et le massage, reçoit des développements qui méritent de fixer l'attention d'une manière toute particulière, car ils jouent un rôle considérable dans ces derniers temps.

Enfin, un dernier chapitre est consacré à l'étude des Rayons X. L'auteur démontre leur supériorité dans le diagnostic en général, spécialement dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début, par la démonstration radioscopique de certains signes importants v. g.: "diminution de clarté et d'étendue de l'image pulmonaire au sommet du côté malade; diminution d'abaissement de l'une des moitiés du diaphragme." L'importance des Rayons X dans le cancer de la peau et le lupus est bien mise en lumière.

Comme conclusion, l'auteur affirme que la supériorité des agents physiques, dans la thérapeutique, est incontestable, pourvu que les coutumes empiriques cèdent la place aux méthodes rigoureuses de l'observation scientifique et de la direction médicale.

J.-A. LESAGE.