

**PAGES**

**MANQUANTES**

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### **Analgésie Chirurgicale et Obstétricale par injection sous arachnoïdienne lombaire de cocaïne.**

---

Depuis quelques mois l'emploi de la cocaïne en injection sous arachnoïdienne lombaire comme substitut à l'anesthésie générale dans les opérations qui se pratiquent au dessous du diaphragme a attiré l'attention du monde médical. Je crois intéresser les membres de notre société médicale en leur faisant connaître les résultats obtenus à l'Hôtel-Dieu de Québec par cette méthode d'analgésie. On attribue généralement à Bier d'avoir le premier en 1899 préconisé cette méthode, mais dès 1885 le Docteur J. Leonard Canning de New-York rapporta, dans le *New-York Medical Journal* un cas d'anesthésie complète de la moitié inférieure du corps, par injection sous arachnoïdienne lombaire de cocaïne. C'est cependant sans contredit à Tuffier, chirurgien français que revient le mérite d'avoir rendu pratique ce nouveau mode d'analgésie.

Ici au Canada, Monsieur le Dr Ahern a été le premier à employer ce nouveau procédé ; c'est à l'Hôtel-Dieu de Québec que mon savant collègue et ami a pratiqué avec succès la première injection intra-rachidienne pour la cure chirurgicale de l'appendicite.

Le nombre d'observations que j'ai à vous rapporter ce soir n'est pas très considérable, mais les résultats obtenus sont assez convainquants pour me permettre de croire que ce mode d'analgésie est appelé à rendre de grands services. La méthode que j'ai suivie est celle indiquée par Tuffier dans la *Semaine Médicale* du 16 mai 1900, page 167. Pour pratiquer ces injections je me suis servi de la seringue de Pravaz stérilisable que voici, l'aiguille a neuf centimètres de longueur et le biseau est taillé court.

La solution de cocaïne est au titre de 2 % et doit être soigneusement stérilisée. La cocaïne ne pouvant pas être portée à une température de 100°, c'est-à-dire au degré d'ébullition de l'eau, sans être décomposée, pour obtenir une solution stérile il faut avoir recours à la méthode indiquée par Tuffier : " la solution est portée à 80° C. dans un bain marie

pendant  $\frac{1}{2}$  hre, puis laissée à 38° ou 36° pendant trois heures, on la reporte de nouveau à 80° dans le bain-marie, puis on la laisse refroidir à 38°. Cette opération répétée cinq ou six fois de suite assure seule la stérilisation parfaite du liquide sans altérer ses propriétés. Cette stérilisation parfaite de la solution cocaïnique est une des difficultés de la méthode car il est impossible dans les milieux ordinaires où les laboratoires font défaut de préparer soi-même cette solution.

Pour obvier à cette difficulté j'ai fait préparer dans un laboratoire la solution cocaïnique, et chaque dose à injecter est mise dans une ampoule de verre fermée à la lampe, comme l'échantillon que je vais vous montrer. L'avantage de ces ampoules est de permettre de conserver assez longtemps la solution sans qu'il y ait danger d'altération.

Le Dr W. R. Stone, de New-York indique dans le numéro de février 1901 de l'*American Journal of Obstetrics* un procédé de stérilisation beaucoup moins compliqué. La solution est préparée immédiatement avant chaque opération et est stérilisée en plaçant la solution cocaïnique dans un tube à réactif que l'on plonge pendant deux minutes dans de l'eau bouillante. Ce mode de stérilisation dit-il, est suffisant pour détruire l'activité des agents pathogènes sans nuire à l'efficacité de la cocaïne.

Il est démontré qu'une solution d'eucaïne à 2 % donne absolument les mêmes résultats que la solution de cocaïne. Le chlorhydrate d'eucaïne peut être stérilisé en portant la solution à 100° cent., pendant une demi-heure et en répétant ce chauffage pendant trois jours.

LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE proprement dite est la suivante. Le malade est assis les bras portés en avant. On aseptise la région lombaire par un savonnage à la brosse et un lavage à l'alcool ou à la solution de bi-chlorure de mercure 1/2000. On localise les points les plus élevés des crêtes iliaques, on les réunit par une ligne transversale, cette ligne correspond à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire. L'index gauche appliqué sur cette apophyse on dit au malade de se courber en avant ce qui a pour effet de produire un écartement de un centimètre et demi entre les lames vertébrales de la vertèbre réperée et de la vertèbre sous jacente. On dit alors au malade de ne pas bouger, qu'on va le piquer, qu'il sentira peu de chose, si le malade est trop craintif on peut faire à l'endroit où l'on doit introduire l'aiguille, une injection de cocaïne, ou mieux on anesthésie la partie avec du chlorure d'éthyle. L'aiguille seule préalablement stérilisée que l'on saisit entre le pouce et l'index de la main droite est introduite

à un centimètre de la ligne épineuse un peu en dehors et en bas de l'index qui repère l'apophyse. L'aiguille chemine sans grande résistance à travers la peau, les muscles sacro lombaires, pénètre dans l'espace interlamellaire puis dans le canal rachidien à travers le ligament jaune. La sortie goutte à goutte d'un liquide clair, jaunâtre, liquide céphalo-rachidien, indique que l'aiguille est arrivée dans l'espace sous arachnoïdien. Si au lieu d'un liquide clair, l'aiguille laisse s'écouler du sang pur ou un liquide teinté de sang il faut retirer un peu son aiguille et généralement le liquide devient clair.

Il arrive quelquefois qu'au lieu de pénétrer immédiatement dans le canal rachidien, l'aiguille aille buter sur le bord des lamelles, il suffit de changer la direction de la pointe de l'aiguille sans la sortir complètement de la peau pour obtenir l'écoulement du liquide rachidien.

On conseille pour ne pas faire varier la pression intra-rachidienne, de laisser s'écouler au tant de gouttes de liquide rachidien que l'on doit injecter de solution de cocaïne; A ce moment la seringue stérilisée, chargée d'un centimètre cube de solution cocaïnique à 2% est adaptée à l'aiguille et l'injection est poussée lentement de façon à être complète en une minute. On injecte généralement les  $\frac{2}{3}$  du contenu de la seringue, ce qui représente un centigramme et demie de cocaïne.

L'injection terminée on retire rapidement l'aiguille et on obture l'orifice de la peau avec du collodion iodoformé.

Deux ou trois minutes après l'injection le malade éprouve une sensation d'engourdissement et de picotements dans les membres inférieurs ou quelquefois une sensation de douce chaleur qui se répand rapidement dans tout le corps avec légère congestion de la face. Ces sensations sont bientôt suivies d'analgésie complète de la moitié inférieure du corps, le malade conserve la sensation tactile, mais la sensation douloureuse disparaît complètement, et généralement cette analgésie est complète 5 à 8 minutes après l'injection.

C'est le moment où le chirurgien doit commencer son opération. Il est bon de profiter de ces quelques minutes pour aseptiser le champ opératoire. Dix à quinze minutes après l'injection assez souvent il survient des nausées et quelquefois des vomissements qui sont toujours peu considérables. Les malades se plaignent quelquefois de pesanteur au creu épigastrique, et d'engourdissement général. Tels sont les principaux symptômes remarqués dans les deux premières heures qui suivent l'injection. Je dois

faire remarquer que le malade assez souvent ne ressent pas ces petits malaises.

Le soir de l'opération il y a quelquefois de l'insomnie et du mal de tête, cela nécessite rarement l'administration de médicament. Le Dr Stone de New-York prétend qu'en faisant une injection hypodermique 1/150 à 1/200 d'hydrobromate d'hyoscine immédiatement avant l'injection de cocaïne on prévient l'apparition des nausées, des vomissements et des maux de tête.

D'après Tuffier et d'après la plupart des observateurs il ne survient jamais d'accident sérieux si l'on prend les précautions antiseptiques voulues et si l'on injecte comme dose maximum deux centigrammes de cocaïne. Cependant je dois l'avouer il y a eu déjà quelques cas de morts.

Le Dr Goilav rapporte dans le Bulletin de la Société de Chirurgie de Bucharest deux cas de morts quinze minutes après l'injection : ces malades ont présenté les symptômes d'empoisonnement intense par la cocaïne. Il y a aussi un ou deux cas de mort rapportés à la suite de méningite. Les deux premiers cas peuvent s'expliquer soit par une idiosyncrasie de ces personnes pour la cocaïne, soit parce que la dose employée était trop considérable ; ou bien encore ces malades pouvaient présenter des lésions qui contre-indiquent l'emploi de la cocaïne. Les cas de mort par méningite ne doivent survenir que lorsque l'on ne prend pas tous les soins antiseptiques voulus.

La durée de l'analgésie est de une heure et demie à deux heures. Temps suffisant pour permettre de pratiquer la plupart des opérations.

**CONTRE-INDICATIONS.** On conseille de ne pas faire d'injection de cocaïne chez ceux qui souffrent de maladies du cœur, d'artério sclérose et d'affections rénales.

Le nombre d'observations que j'ai à vous présenter ce soir est bien peu considérable ; il n'est que de dix. Quelques unes me viennent de l'obligeance de mon collègue M. le Dr Ahern, les autres me sont personnelles. Voici la nomenclature de ces interventions.

Appendicite, Laparatomie pour péritonite tuberculeuse, hernie, cure chirurgicale, amputation du col et curettage ; colporaphie antérieure périnéoraphie et dilatation anale, curettage pour endométrite ; hygroma fibreux pré-rotulien, ablation ; tuberculose des os du pied ; amputation du gros orteil pour gelure.

Vous me dispenserez de vous lire toutes ces observations, je me contenterai de vous communiquer les plus intéressantes.

1ERE OBSERVATION.—*Dr Ahern.* M R P. 62 ans. Cure chirurgicale de la hernie, pouls avant l'opération 62 pulsations, pouls après 60

Injection à 4 heures 25 minutes p. m. 4 hrs 35 analgésie partielle, 4 hrs 45 analgésie complète.

L'opération commencée à 4 hrs, 35 c'est-à-dire dix minutes après l'injection. L'analgésie n'étant pas encore complète injection locale de cocaïne. L'opération se termine à 5½ hrs, c'est-à-dire 55 minutes après l'injection.

Le malade ne présente aucun symptôme désagréable, pas de nausées, ni de vomissements ni de mal de tête. Le soir le malade a peu dormi et s'est plaint de douleurs de reins.

2EME OBSERVATION. Madame A. L. 46 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu pour un hygroma fibreux du genou droit, datant de vingt ans : injection de cocaïne à 10 hrs 23 a. m., engourdissement dans les membres inférieurs à 10 hrs, 26 m. analgésie complète 10 hrs 30 m. L'opération commence à 10½ hrs, dix minutes après la malade se plaint de nausées, cinq minutes après surviennent quelques vomissements, tout le corps est couvert de transpiration. L'opération se termine à 10 hrs 50 : la malade dit n'avoir absolument rien ressenti. la nuit a été bonne ; cette malade n'a éprouvé aucun malaise après l'opération.

Pour résumer mes dix observations je dois dire que l'analgésie complète a été obtenue neuf fois et dans un cas elle a fait défaut complètement. Trois malades ont eu des nausées, des vomissements et du mal de tête, une seule a fait de la température et un malade a eu de la salivation assez abondante. Tous ces symptômes sont disparus sans m'obliger d'intervenir.

Mes observations ne sont pas assez nombreuses pour me permettre de juger de la valeur de la méthode. Mais les nombreuses recherches que nous rapportent les journaux des différents pays nous permettent de prévoir le rôle que sera appelé à jouer cette nouvelle méthode d'analgésie. Je ne voudrais pas terminer sans vous parler de l'usage des injections intra rachidiennes lombaires de cocaïne en obstétrique. C'est certainement dans cette branche de l'art médical que les injections lombaires de cocaïne sont appelées à rendre les plus grands services. Qui de nous étant près d'une primipare en travail n'a pas senti le besoin d'une médication nouvelle pour pouvoir donner à cette malade le soulagement qu'elle réclame à grand cris. Nous avons aujourd'hui dans les injections intra rachidiennes de cocaïne un moyen efficace et certain de calmer ces douleurs.

La technique est absolument la même que celle que je viens de vous indiquer pour les interventions chirurgicales, ainsi que la dose à employer.

Quelques minutes après l'injection lombaire de cocaïne les tranchées sont indolores et inconscientes, de sorte que le médecin doit avertir la femme qu'elle a une tranchée afin qu'elle puisse s'aider.

Les douleurs viennent très régulièrement toutes les deux ou trois minutes et généralement une demi heure après l'injection les tranchées sont perçues par la malade, ce qui lui permet de s'aider en contractant ses muscles abdominaux. Des nausées et des vomissements surviennent 10 à 15 minutes après l'injection.

La durée de l'analgésie est de une heure et demie à deux heures. L'injection doit être faite chez les primipares lorsque la dilatation est comme une grande paume de main, et chez les multipares lorsque cette dilatation commence.

Les avantages que l'on réclame en faveur des injections intra-rachidiennes de cocaïne sont les suivants : soulagement absolu de la douleur à partir du moment de l'injection lombaire, augmentation des contractions, accélération du travail, augmentation de la rétractilité utérine, perte de sang très minime ou nulle pendant la délivrance. Une contre-indication très nette, résultant de la fréquence des contractions et qui existe dans tous les cas, semble devoir la faire exclure lorsqu'on doit pratiquer la version.

1<sup>ERE</sup> OBSERVATION. Fille 25 ans, primipare, en travail depuis une dizaine d'heures, dilatation grande comme la paume de la main, le travail marche lentement quoique les douleurs soient vives et souvent répétées.

Position occipito-iliaque droite postérieure. Pouls 84 pulsations.

7 heures 51 m. P. M. injection intra-rachidienne de cocaïne.

7 heures 55 m. P. M. picotement dans les jambes.

7 heures 57 m. P. M. tranchées indolores et inconscientes.

8 heures 3 m. P. M. Pouls 140. La malade se plaint d'engourdissement général.

8 heures 5 m. P. M. Nausées et vomissements.

8 heures 12 m. P. M. picotements sur tout le corps. Le travail marche très régulièrement, les tranchées se répètent toutes les deux ou trois minutes et sont perçues par la malade.

8 heures 14 m. P. M. transpiration générale.

8 heures 16 m. P. M. Pouls 120.

8 heures 20 m. P. M. Nausées. Lassitude générale.

7 heures 35 m. P. M. Vomissements.

8 heures 42 m. P. M. Pouls 96.

9 heures 12 m. P. M. Pouls 92. Bien-être général.

9 heures 21 m. P. M. Intervention par le forceps, la tête est au détroit inférieur.

9 heures 25 m. P. M. Pouls 75.

9 heures 30 m. P. M. Naissance de l'enfant. La malade n'a ressenti aucune douleur.

9 heures 42 m. P. M. Délivrance. Méthode Crede.

9 heures 50 m. P. M. c'est-à-dire deux heures après l'injection de cocaïne, deux points de suture sont faits pour réparer une déchirure du périnée, la malade dit n'avoir rien ressenti.

Les suites ont été très heureuses.

Léger mal de tête, un peu de température le lendemain.

2<sup>EME</sup> OBSERVATION. Madame Pierre L. 28 ans, multipare, dernier accouchement très laborieux. La malade est en travail depuis 7 heures A. M. Je suis appelé à 8½ P. M. Dilatation gros comme la paume de la main, douleurs fréquentes, la malade se dit épuisée.

Position occipito-iliaque gauche antérieure.

9 heures P. M. injection lombaire de cocaïne.

9 heures 3 m. P. M. tranchée inconsciente.

9 heures 8 m. P. M. Nausées et vomissements, sensations d'engourdissement.

9 heures 20 m. P. M. Bien-être général, les tranchées se répètent toutes les deux ou trois minutes et sont perçues par la malade.

9 heures 35 m. P. M. Naissance de l'enfant.

8 heures 45 m. P. M. Délivrance normale, peu de perte sanguine, l'utérus reste bien contracté.

Les suites ont été très heureuses.

Avant de terminer laissez moi insister sur l'importance des précautions antiseptiques à prendre pour mener à bonne fin cette nouvelle méthode d'analgésie. La solution employée doit être stérile, et le médecin qui pratique cette petite opération doit être absolument sûr de faire d'une manière rigoureusement aseptique les différentes manipulations nécessaires, sans quoi il s'exposerait à des conséquences déplorables.

A. MAROIS, M. D.

---

## Syndromes hystériques simulant les maladies organiques des centres nerveux

—  
par le DR D. BROCHU

—  
(Communication faite à la Société Médicale de Québec)

—  
(Suite)

—  
2° ASTASIE-ABASIE HYSTÉRIQUE

—  
Le deuxième cas, dont je vais vous retracer l'histoire, servira à mettre en relief, devant votre esprit, une autre variété de ces syndromes simulateurs que fait éclore le terrain névropathique, l'hystérie particulièrement.

Ce cas rappelait, également, à première vue, une maladie organique de la moelle épinière ou des plexus nerveux périphériques : douleurs névralgiques dans la région dorso-lombaire et troubles de motilité limités aux membres inférieurs, le malade étant incapable de se tenir debout ou de marcher, comme dans la paraplégie simple, sans contracture.

Bien que le sujet fut un convalescent de la fièvre typhoïde et qu'il eût été assez rationnel par suite d'invoquer l'influence pathogénique de cette maladie infectieuse pour expliquer l'apparition de ces troubles moteurs, le diagnostic, cependant, ne portait guère à aucune méprise sérieuse devant une observation attentive. Il était impossible, en effet, dans la recherche et l'appréciation des symptômes, de ne pas remarquer une contradiction flagrante qui, seule, était suffisante pour éloigner toute idée de maladie organique et pour éveiller, d'emblée, le soupçon d'une manifestation morbide de nature purement névrosique. Il s'agissait, comme nous allons voir, d'un cas type de ce syndrome nerveux, dont le nom n'a été intro-

duit dans le vocabulaire pathologique que depuis une dizaine d'années, et que Charcot et ses élèves, P. Richer et P. Blocq ont décrit sous le titre d'*astasia-abasia*.

Avant de m'arrêter aux définitions qu'on a données de cette entité morbide, il me semble préférable de vous en laisser entrevoir les traits les plus caractéristiques en vous soumettant l'histoire clinique d'un malade de notre service, dans l'hôpital de l'Hotel Dieu, qui servira à fixer davantage dans votre esprit les signes particuliers d'où l'*astasia-abasia* tire son individualité et sa physionomie propre.

Le sujet qu'il nous a été donné d'observer, l'année dernière, était un homme âgé de vingt-trois ans, de bonne taille, mais de tempérament nerveux. Il venait de subir, quelques semaines auparavant, une fièvre typhoïde assez sévère. Au milieu du second mois, lorsque permission de se lever lui eut été accordée, il remarqua, non sans une grande surprise, qu'il était incapable de se tenir debout ou de marcher. Se faisait-il lever hors de son lit, aussitôt ses deux jambes étaient prises de tremblements rapides, puis d'oscillations de plus en plus étendues qui se communiquaient à tout le corps en réveillant les appréhensions d'une chute imminente; et il se serait laissé choir, apparemment, s'il n'eût été soutenu ou s'il n'eut pu s'assoir sur le bord de son lit. Autre fait digne d'être noté, dans cette mise en scène des essais de la marche, chez ce malade, était l'angoisse qui se reflétait sur sa figure: il semblait lutter de toute son énergie pour prévenir une chute; la respiration devenait haletante, le visage pâle et bientôt couvert de sueurs.

Jusqu'ici, rien ne contredisait absolument la symptomatologie d'une paraplégie vulgaire, par myélite ou polyvérite périphérique. Mais, le malade étant assis sur le bord de son lit, si l'on cherchait à constater l'état du réflexe tendineux du genou, on pouvait constater non sans étonnement la facilité avec laquelle il détachait les pieds du sol et pouvait opérer le mouvement d'extension de la jambe pour arriver à la croiser sur le genou opposé, phénomène qui contrastait singulièrement avec l'état d'impuissance manifestée dans la position debout. Cette contradiction devenait encore beaucoup plus frappante, si l'on faisait étendre le malade sur le dos pour rechercher comment il conservait le sens des attitudes et la coordination des mouvements, dans les membres inférieurs. Non seulement, il était indemne de toute altération, à ce double point de vue, mais il pouvait exécuter librement et de la manière la plus précise, tous les mouvements qui lui étaient commandés, entre autres celui de maintenir tout le membre inférieur

élevé avec la jambe en extension, ce qui est la position la plus difficile à réaliser pour tous les sujets atteints de troubles paraplégiques, tant par lésions organiques de la moëlle que par nevrites périphériques. Ce même malade, qui, mis dans la station debout, un instant auparavant, éprouvait aussitôt des tremblements et des oscillations choréiformes dans ses deux membres inférieurs menaçant de fléchir, pouvait, maintenant qu'il était étendu sur son lit, exécuter les mouvements les plus compliqués et qui exigent le plus de force et de tonicité musculaire ; et cela, sans manifester le moindre tremblement ni trahir aucune fatigue. Ce phénomène contredisait de la manière la plus pathognomonique l'idée d'une maladie organique de la moëlle épinière ou de polynévrites péryphériques, dont l'aboutissant ordinaire est la paralysie, (paraplégie spinale, ataxie (pseudo-tabes) Dans toutes ces maladies, qui ont pour substratum anatomique une inflammation avec dégénérescence des éléments nerveux les troubles de motilité, partiels ou absolus, existent au même degré pour toutes les variétés de mouvements et dans toutes les positions.

Cette impuissance élective pour certains mouvements dans la station debout et pour la marche, qui disparaissait dans toute autre position, était bien dans le caractère des troubles contradictoires de la sensibilité ou de la motilité que la névrose hystérique affecte plus particulièrement et qui en constituent l'un des stigmates les plus distinctifs : elle ne pouvait donc manquer d'éveiller tout d'abord l'idée d'un syndrome nerveux d'origine purement fonctionnelle, et cette classe de dysbasies auxquelles les observateurs ont donné des définitions quelque peu différentes, que vous serez plus à même d'apprécier maintenant que vous avez été mis en présence de l'un des types cliniques les plus propres à vous en révéler les allures caractéristiques.

La définition proposée par P. Blocq me paraît peindre exactement la situation de notre malade : "L'astasia-abasie, dit-il, est un état morbide dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements des membres inférieurs."

Ce trouble, longtemps confondu avec l'ataxie et la paraplégie, avait déjà été signalé par M Jaccoud, dès 1861, dans son traité sur les paraplégies et l'ataxie du mouvement. Mais c'est surtout à Charcot et ses élèves P. Richer et P. Blocq que nous en devons la description la plus précise et la plus minutieuse.

Ces derniers auteurs et plusieurs autres à la suite, ont rattaché ce syndrome, si particulier, à des perturbations nerveuses qui dérivent de l'hystérie. Les abasiques présentent souvent, en effet, mais non toujours, quelques uns des stigmates de cette névrose : douleurs ovariennes ou testiculaires, zones hystérogènes, anesthésies, attaques convulsives, etc.

Le malade qui nous sert de sujet, dans cette étude, quoique d'une bonne constitution, en apparence, n'était pas tout-à-fait indemne de certains symptômes propres à faire soupçonner la névrose hystérique : il accusait une douleur au testicule et une sensibilité vive au creux épigastrique ; il éprouvait des accès de ballonnement survenant sous forme de crises et souffrait, quelquefois, de lenteur et de retard dans la miction des urines. D'un autre côté, l'étape d'une fièvre typhoïde, assez grave, par laquelle il venait de passer, était bien propre, à première vue, à éveiller le soupçon d'une maladie organique de la moelle ou des nerfs périphériques en faisant mettre en cause l'influence pathogénique de l'infection éberthienne ; ces toxines micorbiennes ont une action prédominante sur les éléments du système nerveux. Il est vrai d'ajouter que les maladies infectieuses peuvent aussi servir d'occasion pour réveiller les manifestations de l'hystérie restée à l'état latent, jusque-là.

A tout événement la thérapeutique instituée durant la première période de la convalescence et avant l'entrée du sujet dans notre service à l'hôpital, avait été celle de la méthode révulsive la plus énergique, appliquée à la région dorso lombaire, vis à vis du siège présumé des localisations du centre spinal. Les résultats de ce traitement ne furent pas appréciables sur les phénomènes d'incoordination qui persistèrent au même degré, malgré le relèvement de l'état général et le retour à un embonpoint assez marqué.

Le malade s'étant présenté à notre observation dans les conditions spéciales que nous avons rappelées et à une période où il ne pouvait y avoir de doute sur la nature névropathique de ses troubles de motilité si nettement contradiction avec la symptomatologie des lésions organiques du système nerveux, nous avons cru devoir nous adresser en premier lieu à l'état psychique et recourir d'emblée à la médecine suggestive. Après nous être efforcé de le convaincre qu'il était victime d'un trouble purement nerveux, nous lui donnâmes l'assurance que tout pourrait disparaître par la rééducation systématique de ses mouvements, s'il voulait bien nous donner son entière coopération ; et nous fîmes miroiter devant son esprit les avantages que l'on pourrait en même temps retirer des méthodes auxiliaires

de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie dont les résultats sont parfois étonnants, dans ces conditions.

Les ordonnances, pour la première semaine, furent des essais réguliers de la marche avec le secours d'un aide, et l'application des procédés les plus simples de l'hydrothérapie—les lotions chaudes tout le long du rachis, suivies d'une ablution froide générale, deux fois par jour.

Cette médication ne manqua pas de produire une certaine amélioration, pas très appréciable cependant. Le malade attendait beaucoup mieux des applications plus systématiques de l'hydrothérapie sous forme de douches avec pression et de l'électrisation, que je lui avais laissé espérer, lorsqu'il pourrait se faire conduire à mon bureau, où je possède les installations voulues.

C'est ici, surtout, que les résultats furent décisifs et bien propres à corroborer le diagnostic d'un état morbide d'origine névropatique ou hystérique.

Le sujet dut être entraîné, pour ainsi dire, par deux aides, les deux premiers jours, jusqu'à mon bureau, qui n'est qu'à une courte distance de l'hôpital. Je lui administrai les douches en pluie chaude, puis froide, à forte pression ; puis j'ajoutais une séance d'*électrisation statique*, à la suite, en faisant jaillir de fortes étincelles tout le long du rachis et sur les deux jambes.

Le succès fut pour ainsi dire instantané : la station debout avec la mobilisation des jambes devinrent possibles dès le lendemain, non sans quelques hésitations, il est vrai, et cette amélioration fut si rapide que, déjà après quatre applications, le patient put se rendre seul chez moi, sans le secours d'aucun aide. Je continuai les mêmes traitements, tous les deux ou trois jours, dans le but de raffermir sa confiance et de rendre la guérison définitive. Comme il accusait encore des douleurs à la région dorso-lombaire avec point testiculaire et une zone d'hypéresthésie à la région épigastrique, en même temps que des accès de tympanisme, je le soumis, de plus, à la galvanisation longitudinale et transversale de la moelle épinière afin d'atténuer l'hypéresthésie de ce centre et du plexus solaire, qui trahissait l'influence de la névrose hystérique. Quelques semaines après, notre homme, sûr de lui-même, laissait l'hôpital et pouvait reprendre ses occupations ordinaires.

Si quelque doute a pu naître, dans votre esprit, sur l'existence d'une lésion organique, comme substratum des troubles de motilité que nous a fait connaître cette observation, le fait d'une guérison aussi prompt et aussi

complète, sous l'influence d'une thérapeutique suggestive et d'action nerveuse, serait bien propre à le dissiper, et à démontrer la nature véritable de la maladie selon la vérité du vieil axiome ; "*Naturam morborum curatio- nes ostendunt.*"

Nous avons vu au début que, d'après la définition qu'en a donnée P. Blocq, et qui met le plus en lumière le caractère fondamental de l'astasia-abasie, les sujets atteints de ce syndrome nerveux ne peuvent se tenir debout ni exécuter la marche normale, alors que, dans toute autre position, ils conservent la liberté de tous les mouvements, l'intégrité de la force musculaire, ainsi que la notion exacte de la situation occupée par les membres inférieurs.

Ces signes essentiels ne doivent pas être perdus de vue pour éviter de confondre l'astasia-abasie avec les autres maladies du système nerveux, dont elle réflète quelques uns des symptômes les plus proéminents.

Mais, de même que pour un grand nombre d'autres entités morbides, l'astasia-abasie peut présenter des types cliniques variés. Étant donné qu'elle germe le plus souvent sur un terrain hystérique, on conçoit facilement toutes les bizarreries d'allures qu'elle peut revêtir : ainsi on peut voir certains malades qui, dans la station debout, perdent complètement l'empire sur leurs membres inférieurs, mais parviennent à marcher en employant un subterfuge, comme par exemple en se mettant à quatre pattes—nous en avons fait faire l'expérience à notre malade—ou encore en se croisant les jambes ; quelques-uns ne peuvent opérer la marche qu'à grands pas, d'autres à très petits pas ; il en est, enfin, qui, paralysés lorsqu'ils sont levés et essaient la marche, peuvent cependant réaliser l'action de courir.

D'un autre côté, le phénomène complexe de l'astasia-abasié peut être dissocié, l'astasia pouvant faire défaut : le malade est capable de se mettre et de se maintenir debout, mais il ne peut opérer la marche ; l'abasie prédomine ; et chaque effort tenté dans ce sens, provoque divers troubles d'incoordination, accompagnés d'une phase d'angoisse caractéristique, qui trahit un état mental de névropathie ; c'est le cas le plus fréquent.

Ces phénomènes d'incoordination motrice qui font habituellement partie du cortège symptomatique de l'abasie, établissent par leur variété et selon leur prédominance, différents types cliniques dont chacun rappelle, de plus ou moins de près, un syndrome de quelque maladie du système nerveux. Les trois principales variétés sont les suivantes :

1° *Abasie parétique* ou *paralytique*, caractérisée par une diminution marquée de la force musculaire : la marche est pénible, elle ne s'accomplit qu'au prix des plus grands efforts, et devient rapidement impossible (parétique) ou bien le malade s'affaisse purement et simplement sur lui-même quand on lui ordonne de se tenir debout ou de marcher (f. paralytique).

2° *Abasie choréiforme* (Grasset). L'impuissance motrice peut se traduire par des mouvements involontaires plus ou moins rapides et plus ou moins amples rappelant ceux qu'on observe dans la chorée : le malade étant mis debout, les jambes sont aussitôt prises de mouvements brusques de flexion et d'extension, avec ou sans tremblements ; en même temps le tronc se fléchit ou s'étend sur le bassin et il en résulte des mouvements propagés aux membres supérieurs. Il semble à chaque instant qu'une chute va se produire ; le malade paraît en avoir la plus grande appréhension à juger par l'angoisse qui se reflète sur sa figure ; le plus souvent il n'en est rien ; la progression en avant, tout de même, est rendue impossible : c'est la forme *choréique*, dont le cas de notre malade vous a fourni un exemple typique.

3° *Abasie trépidante*. Cette forme rappelle certaines paraplégies spasmodiques incomplètes : les mouvements sont contradictoires, les jambes s'embarrassent, se contractent, et, après quelque temps d'effort et de lutte, le malade, tout angoissé, finit par se laisser choir (Rollet).

On pourrait mentionner d'autres formes plus rares : la forme *sautillante* de Pitres, celle avec *rigidité* des membres de Paul Richer, et l'*astasia oscillante* de Surmont et Brunelle : elles se rencontrent d'ailleurs souvent dans la clinique, à l'état d'ébauche, ou associées aux symptômes des trois autres formes plus caractéristiques que nous avons décrites.

Ces différentes modalités cliniques de l'astasia-abasie peuvent la faire confondre avec plusieurs maladies du système nerveux. La forme paralytique rappelle à première vue la paraplégie ; la forme choréiforme peut simuler la chorée, et la forme trépidante revêt certains caractères de l'ataxie et du tabes dorsal spasmodique. Mais, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la possibilité de la marche et la coordination du mouvement, dans ces états morbides, existent intactes dans toutes autres attitudes que de la station debout : c'est là une distinction fondamentale ; de plus, l'angoisse qui accompagne les efforts dans la marche, chez l'abasique fait complètement défaut dans les différentes maladies organiques.

D'un autre côté la paraplégie d'origine myélique se complique le plus souvent de troubles trophiques et des sphincters. Dans la chorée rythmique ou paralytique les mouvements et les oscillations sont étendus aux membres

supérieurs et à la face. L'ataxie se distingue en outre, par des douleurs fulgurantes, la perte du sens des attitudes, du réflexe du genou, et par des mouvements faciles qui dépassent le but. Enfin le tabes spasmodique offre des contractures permanentes, une grande exaltation des réflexes et la trépidation spinale ou épiléptoïde. Le diagnostic de l'astasia abasia, dans l'ensemble, est, à la vérité, des plus faciles : on peut dire que pour celui qui en a connu une fois le syndrome pathognomonique, il suffit, en réalité d'y penser, pour éviter toute méprise.

### 3 ABASIE EMOTIVE OU BASOPHOBIE

Indépendamment de ces variétés de dysbasies que nous venons d'étudier, dérivant la plupart de l'hystérie, il en est d'autres qu'on observe également sur les terrains névropathiques, mais plutôt chez les neurasthéniques, à l'état mental altéré, et chez les individus atteints de *doutes* et de *phobies*. Elles se développent d'ordinaire chez cette classe de malades que M. Morel a désignés sous le nom d'*émotifs* et dont l'esprit hésitant subit, à tout propos, les angoisses qu'engendrent le doute, le scrupule ou la phobie, les appréhensions obsédantes et hypochondriaques. C'est dans le but de mieux caractériser ce fonds mental que Seglas et Debove ont proposé le nom d'*abasia emotive* ou de *basophobie* pour désigner les troubles d'inhibition de la marche et de la coordination des mouvements chez ces sujets : l'observation suivante va vous en fournir un exemple assez particulier.

Le patient est un homme maintenant âgé de 40 ans, d'apparence délicate et de tempérament nerveux, qui est venu demander son entrée à l'hôpital pour un eczéma chronique de la jambe. J'ai reconnu en lui un ancien client du faubourg St Roch pour lequel sa famille m'avait consulté. Il y a près de vingt ans, au sujet de certaines bizarreries de caractère et de certains troubles passagers dans la marche, survenant par accès, que bien des médecins s'étaient déclarés impuissants à expliquer ou à définir.

J'avouerai de suite, que, si ce cas d'intérêt rétrospectif m'apparaît aujourd'hui bien facile à classer, dans la pathologie, à la lumière des observations plus ou moins nombreuses que l'on peut recueillir dans différents travaux sur les maladies nerveuses et mentales, publiés depuis 1890, il n'en était pas de même, il y a vingt ans, alors que la littérature médicale ne nous en révélait aucun cas nettement défini ou judicieusement étudié. Je fus donc mis, à la vérité, dans le même embarras que mes confrères avant moi, et, comme eux, je dus confesser mon ignorance, me contentant d'émettre faute de meilleurs renseignements, l'hypothèse d'une maladie nerveuse ou mentale, encore mal définie dans la clinique.

Voici les commémoratifs que nous avons pu rappeler à notre mémoire. Le malade, issu de parents arthritiques a souffert de migraine dans le jeune âge, et il a toujours été d'un caractère un peu bizarre, taciturne ou hypocondriaque. Vers l'âge de 17 à 18 ans on put remarquer assez souvent qu'il paraissait tout-à-coup éprouver le plus grand embarras pour faire les choses les plus ordinaires : il se trouvait comme arrêté au point de départ, par l'impossibilité ou la crainte de marcher, en même temps que sa physionomie reflétait l'inquiétude et l'angoisse. Il pouvait rester ainsi arrêté pendant plusieurs minutes ; il devenait tout tremblant et cherchait un point d'appui sur les objets qui l'entouraient. Malgré cela, il pouvait marcher habituellement avec assez de liberté et se risquer à sortir seul. Mais s'il lui arrivait de s'arrêter en chemin il éprouvait les mêmes hésitations pour repartir et subissait visiblement alors les attaques de tremblements et d'angoisse dont nous avons parlé. Il en était de même si on lui confiait un message : une fois arrivé au but, il ne pouvait souvent en partir qu'après plusieurs minutes de lutte et d'angoisse. Plus d'une fois, il fut remarqué sur la rue dans cet état d'hésitation et d'impuissance dans la marche, avec ces signes d'angoisse et tremblement qui laissaient soupçonner une maladie grave. Si on lui offrait le secours du bras pour le conduire, du moment que l'élan lui était donné et qu'il avait fait les premiers pas il pouvait ensuite continuer seul et sa figure se rassainissait. Sa démarche habituelle était toujours un peu hésitante, cependant, et rappelait quelque peu celle des sujets atteints de paralysie agitante ou maladie de Parkinson.

L'opinion générale, devant l'histoire de ce cas assez étrange, s'accordait à laisser soupçonner l'influence de la névrose épileptique, sous une forme atténuée (petit mal, vertige, absence.) C'était la première pensée qui se présentait à l'esprit, même pour le vulgaire, en voyant le sujet arrêté sur la rue, en proie à une angoisse alarmante, s'appuyant sur les murs, agité de tremblement dans tous ses membres avec la figure recouverte de sueurs : cette crise cessant presque instantanément dès qu'un passant lui offrait l'aide de son bras pour le conduire à destination.

Ces troubles dysbasiques ou d'inhibition nerveuse dans la marche, si capricieux en apparence, ont été plus ou moins persistants, pendant une période d'une dizaine d'années, d'après le témoignage du malade. Mais des épreuves survenues dans sa famille l'ayant mis à même de gagner, forcément, sa vie, furent l'occasion d'un changement dans son état psychique, à la manière d'une influence suggestive, qui lui permit de reprendre graduellement l'empire sur sa motilité volontaire : il parvint peu à peu à se domi-

ner, et, malgré qu'il ait eu à lutter de nouveau contre beaucoup d'appréhensions obsédantes, il a pu remplir, d'une manière assez satisfaisante, depuis quelques années, les fonctions de commis au comptoir, dans un hôtel.

Ce cas dont je viens de vous retracer l'histoire paraît présenter, tout d'abord, une grande différence, au point de vue du caractère clinique et de la genèse de ses troubles, avec le malade précédent, que je vous ai fait connaître comme un type d'astisie-abasie hystérique. Dans cette première observation il a semblé que nous avions eu affaire à une impuissance motrice réelle, limitée il est vrai, à une catégorie de mouvements, mais toujours identique et persistante pour la même attitude, malgré la conservation intacte, cependant, de la force musculaire et de la coordination des mouvements dans toutes les autres positions : c'est comme si ce malade, longtemps confiné au lit, par la fièvre typhoïde qu'il venait de subir, eut perdu le souvenir des impulsions ideo-motrices propres à réaliser la station debout ou la marche—en un mot, qu'il eut *desappris* la marche. On pourrait, selon toute vraisemblance, expliquer ce phénomène par l'une de ces *amnésies*, qui tiennent une si grande place parmi les *stigmates* de l'hystérie, dont plusieurs d'ailleurs nous ont été révélés chez le même sujet. Dans le cas de notre dernière observation, au contraire, le trouble caractéristique n'était pas permanent ; il semblait se manifester plus nettement sous l'influence d'une idée fixe, d'une crainte obsédante, dont le sujet était plus ou moins impressionné selon les circonstances, mais, qui disparaissait aussitôt, si l'offre d'un secours rassurant venait dissiper cette crainte—c'est à dire que le malade subissait l'inhibition dans la marche, parce qu'il était dominé par le *doute* ou la peur de ne pouvoir marcher.

Ce sujet était évidemment de la classe des *émotifs neurasthéniques hypocondriaques*, victime consciente d'une phobie obsédante : c'est pourquoi le trouble dysbasique dont il était atteint, me paraît mériter absolument la désignation d'*abasie émotive*, selon l'expression de M. Séglas.

Mais si l'on fait abstraction du phénomène de l'*astisie*, ou de l'impossibilité de se maintenir dans la station debout, que l'on trouvait surajouté à l'impuissance de la marche, chez notre premier malade, et qui faisait défaut chez le second, on se rendra compte qu'il n'y a pas aussi loin qu'il ne paraît de l'abasie hystérique à l'abasie émotive, ou par idée fixe, et que les deux catégories de troubles sont assez analogues, tant par leur allure clinique que par le terrain sur lequel elles prennent origine.

Dans les deux cas l'influence de la névropathie et d'une idée fixe, subconsciente chez l'un et consciente chez l'autre, pouvait être facilement

retracée ; le trouble dysbasique contradictoire, par rapport aux fonctions physiologiques et aux troubles par altérations organiques des différentes parties excito motrices du système nerveux, se retrouvait identique, chez les deux ; et de plus, la crise concomitante, dans chacune des circonstances qui faisaient échec à la mobilité volontaire, se traduisait par les mêmes phénomènes nerveux de tremblement et d'une angoisse également accusée. Ajoutons que les influences qui ont déterminé la guérison, dans les deux cas, étaient plutôt de nature à frapper l'état psychique et à faire dévier l'idée fixe, à la manière de la suggestion.

Il me semble y avoir, entre ces deux cas que nous venons d'étudier, l'un d'abasia par *amnésie* hystérique, et l'autre d'abasia *émotive* par crainte obsession, une différenciation analogue à celle qui sépare deux autres variétés de troubles de motilité de la névrose hystérique : la *paralysie flasque*, généralement associée à l'*anesthésie*, et la *contracture* avec laquelle coïncide le plus souvent l'*hyperesthésie*. Dans les deux cas, les membres qui en sont le siège, n'obéissent plus aux incitations psycho-motrices et leur motilité volontaire est perdue : dans le premier, l'impuissance résulte d'une sorte d'amnésie cérébrale ou spinale, dans le deuxième, d'une hyperexcitabilité nerveuse et musculaire qui s'oppose à la réaction des organes sous l'influence excito motrice volontaire. Ce sont deux manifestations cliniques de la même névrose, qui, opposées sous certains rapports extérieurs se rattachent facilement à la même cause pathogénique fondamentale ; la diathèse hystérique : il en serait de même de l'astasia-abasia et de l'abasia émotive.

On sait le rôle que joue l'*idée fixe* chez les sujets hystériques, si éminemment suggestibles ; le moindre incident, léger ou important, qui a vivement impressionné l'esprit, peut être l'origine d'une idée fixe : le symptôme qui en résulte, contracture ou paralysie, trouble viscéral, ou attaque, est toujours plus ou moins subordonné à la pensée de cet incident.

On comprend l'intérêt pratique qui s'attache à la discussion de la pathogénie de ces différents troubles de motilité. Le traitement doit en être surtout psychique et d'influence suggestive ; mais il faut également mettre en œuvre les autres ressources de la thérapeutique physique et médicamenteuse afin de combattre certains symptômes nettement localisés et de modifier en même temps la nature du terrain, l'hystérie, la neurasthénie etc.

Quant à l'explication intime de la gène de ces phénomènes pathologiques, nous y reviendrons, dans une étude d'ensemble. après vous avoir rappelé quelques autres syndromes nerveux qui dérivent de la même influence pathogénique et que nous aurons à ajouter de nouveau, au compte de la grande *névrose simulatrice*.

(A suivre)

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

CURE PRATIQUE DE LA TUBERCULOSE par P. Pujade, Docteur à Amélie-les-Bains, avec préface du Dr Boirac, Docteur ès lettres, recteur de l'Académie de Grenoble, 1 volume in 8°, couronne, de 369 pages. Prix 3 francs 50. Georges Carré et C. Naud, Editeurs, 3, rue Racine, Paris.



---

## REVUE ANALYTIQUE DES JOURNAUX

---

### Mode d'administration et dosage des bromures.

Par le Docteur P. JAMOT.

---

Deux livres tout récents viennent de reprendre la question du traitement de l'épilepsie et lui ont fait faire un pas nouveau. Sous une forme réduite, ce qui a bien son mérite à une époque où l'on a tant à lire, les ouvrages du professeur P. Kovalevsky et de Gilles de la Tourette sont l'exposé bien à jour de la question.

*Epilepsie, traitement, assistance et médecine légale*, tel est le titre de l'ouvrage du professeur Kovalevsky. Il constitue, en réalité, une excellente Revue générale des travaux si nombreux consacrés à l'affection qui nous occupe.

Dans la partie réservée au traitement proprement dit, qui nous intéresse plus particulièrement, M. Kovalevsky étudie les méthodes thérapeutiques les plus en faveur actuellement en France et à l'étranger.

La grande majorité avec Séguin (de Boston), Erlenmeyer, Agostini, est d'accord pour reconnaître que la médication bromurée mérite sa bonne réputation comme anti-épileptique. C'est là d'ailleurs un fait qu'on ne discute plus.

A quelle dose donner les bromures ? Voilà le point intéressant pour le praticien. Le livre de M. Kovalevsky fourmille d'exemples qui montrent combien est difficile ce dosage. Ne retenons que les principaux.

Huchard préfère les doses fractionnées, jusqu'à 6 ou 8, rarement 10 à 12 grammes par jour. Si les accès arrivent la nuit, il faut donner une dose de bromure considérable le soir.

Legrand du Saule, dont la méthode est restée classique, donnait le bromure tous les deux jours pendant la première moitié du mois et tous les jours pendant la seconde moitié ; dix huit mois après le commencement du traitement il donnait les bromures chaque troisième jour de la première moitié du mois et tous les jours pendant la seconde ; pendant deux ans encore chaque quatrième jour de la première moitié et tous les jours la seconde moitié du mois.

Si tous les spécialistes sont d'accord sur la durée très longue du traitement, il n'en est pas de même sur la dose à employer.

C'est à ce point de vue que le livre de M. Gilles de la Tourette est précieux pour le praticien.

" La fixation de la dose, dit-il, se base sur l'âge du sujet, sur sa tolérance particulière pour l'agent médicamenteux, sur le nombre et l'intensité des manifestations épileptiques. "

La tolérance individuelles s'apprécie par tâtonnement : les enfants tolèrent, proportionnellement, mieux le bromure que les adultes, mais il faut surtout se baser, pour instituer un traitement bromuré, sur ce fait capital qu'il faut donner au sujet ce que M. Gilles de la Tourette appelle *dose suffisante*.

Pour établir cette dose suffisante M. Gilles de la Tourette emploie la méthode préconisée par Charcot, qui procédait par *periodes d'administration de trois semaines*, à doses croissantes puis décroissantes à raison de 1 gramme par semaine. " Toutefois le passage d'une période de trois semaines à une autre, de la troisième à la quatrième semaine par exemple, doit en réalité se juger par la suppression de *deux* grammes de bromure et non d'un.

" Je suppose, dit-il, que l'on donne pendant la première semaine 3. la deuxième 4, la troisième 5 grammes de bromure, la quatrième on supprimera *deux* grammes et on reviendra à 3, 4 et 5 comme pour la première semaine. On donnera 3, 4, 5 ; 3, 4, 5 et ainsi de suite, sans interruption d'un seul jour, même pendant les règles. "

Pour que la dose soit suffisante il faut que le patient, la semaine où il prend la plus forte dose, se sente réellement sous l'influence du bromure, qu'il sente une certaine lassitude, une certaine somnolence, enfin qu'il présente le signe *de la pupille*, c'est-à-dire que ses pupilles ne réagissent plus ni à la lumière ni à l'accommodation ; qu'elles soient en outre à leur maximum de dilatation.

Comment devra t-on maintenant administrer le bromure ?

On doit le donner par la voie buccale, c'est la manière la plus sûre, mais à cause de la saveur salée du bromure, surtout à cause de son action caustique, il y aura avantage à l'associer au sirop d'écorces d'oranges.

Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur, qui contient 2 grammes par cuillerée à soupe, répond bien à ces indications.

Le bromure de strontium que préconise beaucoup M. Laborde, le bromure de sodium, les bromures associés ont été également l'objet des

recherches de Henry Mure qui les dose de la même façon que le sirop de bromure de potassium. Avec eux le praticien est certain de ne jamais être désarmé et de pouvoir agir sûrement sans avoir à redouter d'intolérance.

*Gazette des Hôpitaux*

---

### Tuberculose et syphilis.

---

La tuberculose et la syphilis peuvent évoluer concurremment chez le même individu; un syphilitique peut devenir tuberculeux et présenter concurremment des lésions pulmonaires syphilitiques et des lésions tuberculeuses; de même un phthisique avéré peut contracter la syphilis.

C'est là pour M. Landouzy, la pire des associations morbides, surtout dans les premières périodes de la syphilis. En effet, après la seconde incubation, lors de l'apparition des accidents secondaires, l'infection de l'organisme est profonde: une infection nouvelle trouvera un terrain tout préparé, dont la résistance est diminuée, et où elle pourra évoluer rapidement. Pour la même raison, un tuberculeux qui contracte la syphilis court grand risque de voir son état s'aggraver et sa tuberculose prendre une allure grave.

Ainsi il n'existe aucune incompatibilité entre ces deux maladies et Hunter s'était trompé. Mais la syphilis a-t-elle une action phthisiogène? La question est complexe, mais il est pourtant assez facile d'y répondre.

Il est certain que la syphilis en amoindrissant le pouvoir de résistance de l'individu le met dans un état d'infériorité qui peut ouvrir la porte aux infections et à la tuberculose en particulier. Chrétien a fait à ce sujet des expériences intéressantes. Il injecte d'abord à des cobayes du sérum de syphilitiques, puis leur inocule la tuberculose en même temps qu'à d'autres cobayes témoins qui, eux, n'ont reçu que du bacille de Koch. Les cobayes qui ont reçu primitivement du sérum syphilitique succombent plus vite que les témoins. Pourtant ces expériences soulèvent de graves critiques. " On peut se demander, dit M. Albert, si une injection de sérum quelconque n'eût pas produit les mêmes résultats, et si la mort plus rapide des animaux inoculés n'a pas été simplement due à une sorte d'intoxication dans laquelle le sérum syphilitique n'entraîne probablement pour rien. Nous pouvons simplement dire que si l'action débilitante de la syphilis chez certains individus n'est pas contestable, nous n'en connaissons pas le mécanisme.

On peut se demander en second lieu si les lésions syphilitiques ne jouent pas un rôle en tant que porte d'entrée. Les accidents cutanés semblent avoir peu d'importance à ce point de vue. Mais il existe des lésions syphilitiques du larynx et des bronches. Il semble avéré, que ces lésions peuvent se transformer en lésions tuberculeuses et on a pu en rapporter quelques observations authentiques. M. Landouzy considère le laryngopathe syphilitique " comme ayant des titres acquis par une candidature à une tuberculose laryngée qui peut s'ouvrir d'un jour à l'autre "

La syphilis constituerait ainsi, par les lésions qu'elle détermine, en quelque sorte, une cause d'appel, d'inoculation pour la bacille de Koch.

On a pu aussi incriminer, comme facteur de tuberculose, le traitement antisiphilitique, mais cela ne semble vrai que pour le traitement intensif poussé, comme on le faisait fréquemment autrefois, jusqu'à l'intoxication. L'hérédité, les tares viscérales, la mauvaise direction du traitement, la cachexie tuberculeuse avancée, sont bien plus que les agents médicamenteux responsables des désastres observés.

Pour M. M. L. Alibert, il est possible de traiter la syphilis chez un sujet tuberculeux, d'autant plus que, dans une certaine mesure, les deux maladies peuvent et doivent être soumises au même moyen thérapeutique.

Voici le traitement qu'il conseille d'instituer en cas de concomitance de la tuberculose et de la syphilis, traitement qui nous paraît très rationnel.

Les soins corporels et une bonne aération, dit-il, tiennent une place importante ; mais c'est surtout l'alimentation qu'il faut surveiller. La diète de Broussais et de ses disciples n'a engendré que des désastres ; il faut nourrir les malades, mais en continuant leur régime de façon à éviter de surcharger l'estomac et de provoquer l'apparition d'accidents dyspeptiques. On évitera tout excès et particulièrement l'abus de l'alcool, aussi funeste à une maladie qu'à l'autre. On s'adressera pour l'alimentation aux substances riches en aliments nutritifs ; viande crue, œufs, poissons (qui est riche en graisse et en phosphore), légumes secs, etc. On ne craindra pas d'instituer le régime lacté si l'état des reins ou de l'appareil digestif le réclame.

Il n'y a pas, chez un syphilitique, de contre indication à l'emploi des antiseptiques pulmonaires ; on pourra donc s'il y a de la bronchite, et surtout si les caractères de cette bronchite sont un tant soit peu suspects, lui administrer la créosote et ses succédanés, qui sont, comme le dit M. Bouchard, ce que nous avons de moins mauvais. Mais, comme il est de la plus haute importance de ménager le tube digestif, il est préférable, chez le syphi-

lilique tuberculeux, qu'il soit à la période secondaire ou à une période plus avancée, d'user pour l'administration des mercuriaux, de la voie hypodermique ou de la voie cutanée ; de même, la créosote, le guaiacol devront être donnés soit en injections, soit, si l'on préfère, par la voie rectale, sous la forme de suppositoires ou de lavements.

*Indépendance Médicale.*

---

### Traitement des grands écrasements des membres par l'embaumement

(Dr MERCIER, de Montréal.)

Certains traumatismes, tels que ceux qui déterminent des lésions avec écrasement des membres ne nécessitent plus aujourd'hui l'amputation dans tous les cas. Le Dr Mercier a réussi le plus souvent à conserver le membre blessé en ayant recours au procédé suivant :

Le blessé est apporté sur la table d'opération, il est enveloppé de couvertures chaudes et, au besoin, on lui fait des injections de sérum artificiel de caféine ou d'éther lorsque le collapsus paraît imminent. Si la sensibilité n'est pas très éteinte, on le soumet à quelques inhalations de chloroforme ou d'éther, car l'intervention est longue et minutieuse. Le foyer traumatique est alors largement exposé et, lorsque les téguments superficiels sont bien brossés, rasés, dégraissés et désinfectés, on s'occupe du foyer profond.

Avec un injecteur à forte pression (seringue fontaine), rempli d'une solution de suklimé 1/2 0/0 on inonde d'un jet énergique tous les clapiers tous les décollements, toutes les anfractuosités de la plaie ; à l'aide des doigts introduits dans la blessure qu'ils fouillent en tous sens, on chasse les corps étrangers, les caillots, on enlève, à l'aide des ciseaux ou en les arrachant, les esquilles dépériostées, les lambeaux des muscles, les tendons flottants, et l'on ne s'arrête d'irriguer et de nettoyer que lorsqu'on a longuement et méthodiquement fait la toilette de tout le foyer, et que toute hémorragie a été supprimée, soit par ligature des vaisseaux ou autrement. L'eau chaude a le triple avantage d'être hémostatique, antiseptique et de combattre le refroidissement quand le blessé est endormi. Il l'emploie aussi chaude que ses mains peuvent la supporter.

On procède alors à l'embaumement proprement dit. La plaie est boursifs, dans ses anfractuosités dans chacun de ses diverticules, de bandes de gaze faiblement iodoformées, et imprégnées d'une pommade à substance

poly-antiseptique. Elle contient de la vaseline, de l'acide borique, de l'anti-pyrine, du salol et un peu d'iodoforme, qui détruisent les germes restés dans la plaie, ou qui s'opposent à leur développement ; mais il ne faut pas craindre de tasser la gaze dans tous les interstices, dans toutes les anfractuosités dans tous les espaces morts, milieux de culture si favorables à la pullulation des micro organismes.

Ceci étant fait, il ne reste plus qu'à recouvrir la région de coton absorbant, d'ouate stérilisée et de bandages suffisamment serrés, non seulement pour maintenir le pansement en place, mais aussi pour rapprocher les surfaces cruentées, les mettre en contact et resserrer les cavités, en exprimant même une partie de la gaze et des antiseptiques qu'elles contiennent.

M. Mercier laisse le pansement en place durant plusieurs jours de suite, si la température ne monte pas, ou si les douleurs ne se font pas sentir, et c'est généralement ce qui arrive, aucune fièvre, aucune douleur. Quelquefois il se fait un suintement assez abondant qui souille le pansement et oblige de le changer, mais alors, il n'enlève que la ouate et le coton absorbant, il ne touche pas aux lanières de gaze, il replace de nouveau coton, de nouvelle ouate, des bandes neuves, et il attend, quelquefois huit, ou quinze jours même.

Quand il s'agit de changer complètement le pansement, c'est la chose la plus facile, car les bandes, profondément situées, encore imprégnées de la pommade, ne sont aucunement adhérentes, et se laissent sortir sans difficulté.

Après irrigation complète au sublimé chaud et assèchement de la plaie, de nouvelles bandes encore imprégnées de la même pommade sont mises en place et la région est de nouveau recouverte du pansement ordinaire qui reste encore plusieurs jours sans qu'on y touche, le renouvelant au besoin, mais aussi peu souvent que possible.

---

#### Deux cas de méloena "neo natorum" traités par le sérum gélatiné

M. COMMANDEUR a rapporté à la Société des Sciences médicales de Lyon deux observations de méloena "neo natorum" traités par le sérum gélatiné.

Le premier enfant, de 2580 grammes, était né en présentation du siège et expulsé spontanément. Le lendemain, on constate, dans les selles, une

notable quantité de sang mélangé au méconium. On fait une injection intrarectale de 7 centimètres cubes de sérum gélatiné.

L'enfant est mis en couveuse. Il tète mal et on doit le gaver. L'hémorragie ne se renouvelle pas

L'état général reste mauvais pendant la première semaine. La température initiale, qui était 35°8, ne se relève d'une façon permanente, à 36°7 que vers le sixième jour. L'enfant perd 300 grammes dans les dix premiers jours, mais il en regagne 70 les jours suivants. Il sort en bonne voie.

Le deuxième cas est celui d'un enfant de 2,870 grammes extrait par le siège après conversion spontanée d'une présentation de l'épaule. Il eut, le deuxième jour, une élévation de température à 38°2 pour retomber, le lendemain, à 36°8. Le troisième jour on constate la présence de sang noir dans les selles. On fait une injection intrarectale de 8 centimètres cubes de sérum gélatiné. L'hémorragie ne se reproduit pas et l'enfant se développa rapidement sans le secours de la couveuse ni du gavage. Il avait pris à la sortie de l'hôpital, le quinzième jour, 200 grammes.

Ces observations peuvent être rapprochées de celle de GUTTMANN (d'Emmendingen). Il s'agissait d'un enfant qui, trente-six heures après sa naissance, eut un méconna grave. GUTTMANN fit dissoudre trois feuilles de gélatine dans un quart de litre d'eau chaude. Il administra une moitié en lavement, l'autre moitié par voie stomacale. L'hémorragie s'arrêta le lendemain et l'enfant guérit.

(Annales de Méd. et Chir. Infantiles.)

---

#### Notes de Pratique

---

Devant un pneumonique au stade d'hépatisation grise, le médecin doit-il perdre courage et rester inactif? Nous ne le pensons pas. Son devoir est de chercher des indications, et de lutter jusqu'au bout. Les abcès de fistulations de Fochier (de Lyon), qu'on obtient en injectant dans les masses musculaires de la cuisse une seringue de Pravaz pleine d'essence de térébentine, ont paru dans plusieurs cas exercer une dérivation suprême. Plus souvent, ce moyen échoue; on est toujours cependant autorisé à l'employer. Les injections d'un sérum physiologique sont d'une bonne prati-

que. Mais quand le cas paraît désespéré, il ne faut pas craindre d'introduire la canule de l'appareil dans une veine du bras, et de soigner la pneumonie comme on soigne la septicémie chirurgicale par le lavage du sang.

(*Journal de Médecine Interne.*)

---

### La discipline de la toux chez les tuberculeux.

---

(M. LALESQUE [d'Arcachon]) La plupart des tuberculeux prennent l'habitude de tousser par quintes, dès qu'ils sentent vers le larynx, la trachée ou la partie supérieure de la poitrine, le moindre chatouillement.

Lorsque l'irritation résulte de l'inflammation ou de la présence du tubercule, la toux n'aboutit pas, elle est *sèche*. Lorsqu'elle dépend de la présence des sécrétions, "le violent courant d'air expiratoire produit au travers de la glotte rétrécie, par les secousses de la toux, amène le rejet d'une expectoration : la toux est *humide*."

"La toux sèche est *inutile* parce que sans but, sans résultat. La toux humide poursuit un but, atteint un résultat, elle est *utile*. D'où l'indication de supprimer la première, et de réduire au strict nécessaire, au minimum possible, la seconde."

Ainsi que l'a montré Sabourin, cette toux sèche ne fait qu'entretenir l'irritation : plus on tousse, plus on a envie de tousser.

M. Lalesque cite à ce propos la formule classique de Deweiler "Quand vous avez une démangeaison en public vous ne vous grattez pas. Eh bien ! la toux sans crachats, c'est le grattage de la gorge qui démange : ne vous grattez pas la gorge en public."

Au moment où le chatouillement laryngé se produit, "le malade fermera la bouche doucement, sans contraction, et par la voie nasale fera une série d'inspirations lentes, calmes, profondes, qui ne devront cesser qu'avec la sensation laryngée elle-même." Ainsi après un apprentissage de quelques jours le malade arrivera à supprimer la toux sèche, la toux inutile.

Pour la toux *humide* il y a encore un apprentissage à faire :

Le tuberculeux doit éviter de donner plusieurs coups de toux pour

expulser un crachat. Il doit attendre que le crachat se détache tout seul et n'ait plus besoin que de deux ou mieux *une* secousse pour être expulsé.

Grâce à cette discipline le malade *ne toussé que pour cracher.* (*Journal de méd. de Bordeaux, 10 mars 1901.*)



---

# REPRODUCTION

---

## REVUE DE CHIRURGIE

---

### Une bonne main de Chirurgien

Par le Dr J. Thiénot (d'Abbeville)

---

Une bonne main de Chirurgien est celle de mon maître et ami (que je ne citerai pas pour lui éviter de rougir). Il suffit de la regarder avec attention pour y découvrir, sans être chiromancien, des signes d'habileté, de force et d'élégance. Touchez-la : elle est souple, légère, et cependant ferme et musclée. Qu'elle se contracte et le relief des muscles thénar et hypothénar, des tendons du dos de la main, montre la puissance et l'énergie. Qu'elle se laisse aller et les doigts se renversent, se tordent, sans craquer, se laissent diriger sur tous les sens comme s'ils étaient en caoutchouc.

La paume est profonde, le dos arrondi, les bords harmonieusement courbes, les doigts assez longs, surtout l'index, tandis que le petit doigt est remarquablement court et fort. Le pouce est trapu, puissant, avec une pulpe pleine et rebondie comme un tampon, mais se terminant par la finesse et l'arrondissement de l'extrémité, ce qui répond à des ongles longs, droits, forts, s'arrêtant net sans décollement sous unguéal.

Tous ces détails de formes, d'aspect, répondent à des qualités de force, d'adresse, de souplesse, en un mot à l'adaptation de la main pour la belle profession de chirurgien, de sculpteur du squelette humain, d'horloger de la montre humaine aux rouages si délicats, de tailleur coupeur du vêtement cutané.

Mais comment s'est faite cette main, par quels exercices, quel entraînement a-t-elle acquis ses qualités ?

Par des exercices de deux genres différents que je conseille à tous ceux qui veulent faire de la bonne et belle chirurgie.

D'abord par des exercices physiques, qui, par plus d'un côté, sont très favorables à développer des qualités précieuses chez le chirurgien.

C'est l'escrime qui développe les muscles des bras, la force du poignet, et aussi le coup d'œil vif, l'énergie, la présence d'esprit, la promptitude.

Le futur chirurgien ne néglige pas de tirer de la main gauche pour acquérir les qualités d'ambidextre.

C'est le pistolet, qui donne la faculté d'être adroit des deux mains, de rester immobile, sans trembler, en arrêt absolu, et cependant d'agir à coup sûr, avec précision mathématique, sans émotion, quel que soit l'intérêt du coup.

C'est le dessin, et surtout la sculpture, qui donne la sûreté de la main, le trait net, franc, hardi, la sobriété, la hardiesse mesurée et le coup d'œil exact. Dans la sculpture sur bois particulièrement, l'on apprend à proportionner exactement l'effort et le mouvement au but à obtenir, et l'on acquiert la précision et la justesse de touche.

Mon ami et maître n'avait pas négligé d'apprendre à coudre, à broder, à faire de la tapisserie et de la dentelle. Occupations féminines ! Soit ! mais qui rompent une main forte et puissante aux travaux délicats, légers, rapides, et font acquérir la prestesse et l'élégance.

Joignez à cela un talent particulier de jongleur, d'escamoteur, de prestidigitateur qui ne peut que témoigner d'une rapidité et d'une sûreté de main très exercée.

Est-il besoin de dire qu'avec tous ces exercices, si propres à rendre adroit, mon maître et ami était le découpeur le plus preste et le plus émérite pour les volailles les plus difficiles comme le canard et la sarcelle ?

D'autre part, il est une préparation encore plus directe à la profession de chirurgien, c'est la dissection, et surtout la médecine opératoire. Mon maître avait soin d'adjoindre le plus souvent possible à ses autopsies quelques essais de médecine opératoire sur les viscères, se rendant compte des aspects et consistance du foie, du poumon, des reins, etc, abordés, non pas par cadavre largement ouvert, mais par une incision étroite à laine élargie au moyen des écarteurs. Ajoutez à cela la répétition de toutes les ligatures, amputations et résections, qui pouvaient être faites sur les corps non réclamés.

Enfin les chiens, cobayes et lapins se présentaient souvent à des expériences chirurgicales qui ne faisaient qu'assurer de plus en plus ses qualités manuelles.

Nous venons de passer en revue les exercices et les moyens d'entraînement pouvant assurer une grande adresse à celui qui poursuit le but de devenir un bon chirurgien.

Mais il faut autre chose, la main du chirurgien doit être non seulement habile, mais avant tout aseptique.

Pour cela il suffit de suivre exactement les règles de la technique suivante.

1<sup>o</sup> Avoir l'horreur instinctive du pus et des sécrétions septiques. Fuir le contact de tout ce qui est sale.

Bi n souvent vous pourriez faire exécuter par d'autres ce qui risquerait de polluer vos mains, ou bien vous agirez du bout des pinces et sans y mettre les doigts. Enfin s'il y a nécessité de pratiquer un coucher rectal par exemple ou d'ouvrir un empyème et de décoller des fausses membranes, rien n'est plus simple ni plus préventif que de revêtir la main d'un gant caoutchoucté.

Quelquesfois il y a nécessité de se passer de ce gant à cause de la difficulté de faire des interventions très délicates, par exemple sur la trompe, ou sur l'appendice supprimé, avec l'intermédiaire d'un gant qui diminue la délicatesse du toucher. Si dans ces conditions la contamination n'a pu être évitée, il y a lieu de passer les mains immédiatement dans l'alcool sublimé au millième, puis dans l'eau stérilisée.

2<sup>o</sup> Ne commencer une opération que lorsque le malade a été parfaitement brossé, savonné, lavé à l'alcool et au sublimé, que les instruments et objets de pansement ont été sérieusement stérilisés et surtout que le chirurgien et son aide ont les mains bien aseptiques.

Voici la technique à suivre pour se laver les mains, technique qui est pratiquée par tous les chirurgiens dignes de ce nom.

On doit disposer d'eau filtrée et bouillie bien chaude, de savon antiseptique, ou en solution concentrée dans l'alcool, d'une brosse large et dure conservée dans l'acide phénique, l'alcool, l'éther ou le permanganate avec bisulfite.

Les cuvettes où l'on va se laver sont flambées.

On se savonne une première fois et l'on vide l'eau. On se brosse avec la brosse enduite de savon pendant dix minutes bien comptées, en promenant la brosse partout, dans les interstices contre les ongles, sur les poignets, les avant-bras. Durant tout ce temps les mains sont enduites d'une solution épaisse de savon qui est antiseptique et qui facilite le décapage de l'épiderme et l'excrétion des glandes de la peau; il faut donc se laver avec un peu d'eau très savonneuse et très chaude.

Cela fait, on quitte la brosse et l'on se rince longuement à l'eau chaude. Puis, ce rinçage consciencieusement exécuté, on trempe les mains soit dans l'alcool, soit dans le permanganate.

Avec le permanganate, on voit si la solution imprègne uniformément les lésions; s'il n'en était pas ainsi c'est que le rinçage aurait été insuffisant. Après le permanganate, on aime souvent à se décolorer les mains avec le bisulfite de soude qui a l'inconvénient de prendre à la gorge et aux yeux par les vapeurs d'acide sulfureux.

Aussi, beaucoup d'opérateurs préfèrent l'usage de l'alcool, ils s'en frottent les mains, ou même les brossent avec une brosse aseptique, pendant deux minutes. On trempe ensuite dans le sublimé pendant une minute, et pour enlever l'excès d'antiseptique qui serait irritant pour la vitalité des tissus, on se rince dans l'eau bouillie, ou mieux si l'on dispose d'eau stérilisée sous pression vers 125°, on termine par un court lavage dans cette eau dont l'asepsie est absolue.

Les mains sont alors bien lavées et les bactériologistes ont rarement pu y découvrir des bactéries ordinairement banales et non pathogènes. Cependant soit en raison de poussières de l'air, soit à cause des excrétiions glandulaires de la peau, il faut considérer que les mains ne restent point longtemps aseptiques. Ne peuvent elles pas s'infecter aussi au contact de la tumeur que l'on opère ?

La bonne main chirurgicale sera donc rapide et discrète. Si cependant l'opération traîne par nécessité (longues suture, etc), il faut absolument éviter la septicité renaissantes des mains, et alors même que l'on a évité tout contact suspect, les mains doivent se retremper soit dans l'alcool, soit dans le sublimé, et cela doit être suivi d'un rapide rinsage dans l'eau stérilisée.

Ajoutons que des gants de caoutchouc peuvent être tout prêts pour revêtir les mains soit du chirurgien, soit de son aide, si un flot de matières septiques vient à faire irruption au cours de l'opération.

Avec une main exercée et aseptique, le chirurgien moderne voit des séries de succès suivre les opérations les plus audacieuses, et il jouit d'une sécurité très grande.

Mais ce n'est qu'au prix de longs exercices d'entraînement qu'on acquiert les qualités manuelles requises.

Il faut d'abord être né apte à faire un bon chirurgien tant du côté du tempérament que des qualités physiques.

Il faut aussi développer certaines qualités de la main et du tact, par l'éducation dirigée dans un sens intelligent (enseignement du dessin, de la sculpture, de l'escrime, du tir, etc.) et l'abstention de tout ce qui peut nuire à la sûreté de la main ou à sa délicatesse (jardinage, menuiserie, manipulations de chimie, automobilisme, etc).

A cela il faut ajouter encore cette propreté minutieuse, raffinée et savante, qui sous la forme d'asepsie, peut seule donner au chirurgien la sécurité dans une opération.

On voit que ce n'est pas sans soins et sans peine que l'on acquiert et que l'on conserve une belle et bonne main de chirurgien.

---

**Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales,**

par P. VIOLETTE (*Arch. internat. de laryng.*, Janv.-Fév.)

L'auteur rappelle les différentes opinions émises ces dernières années sur la septicité des fosses nasales, opinions dans lesquelles on a tour à tour soutenu, d'abord une très grande septicité, puis l'absence de microbes dans les fosses nasales. Les travaux actuels concluent nettement à la septicité normale des fosses nasales saines, mais la majorité des auteurs reconnaît que le mucus nasal ne constitue pas un milieu favorable au développement des germes. C'est ce que démontrent les recherches faites par l'auteur, qui a vérifié ces conclusions.

Il s'est efforcé d'expliquer comment le nombre des germes diminue à mesure qu'on pénètre dans l'intimité des fosses nasales, bien que cependant le mucus nasal ne soit pas bactéricide. Sans rechercher leur origine exacte, V. constate dans le mucus nasal un très grand nombre de leucocytes parfaitement vivants, possédant des mouvements amiboïdes actifs, capables donc de se déplacer dans tous les sens, et d'englober des particules de carmin ou des corps microbiens.

A la suite de l'exposé de son mode expérimental, l'auteur insiste sur l'insuffisance du filtre nasal, et conséquemment sur la nécessité d'une antiseptie rigoureuse usée dans la chirurgie du nez.

L. EGGER.

---

### Traitement médicamenteux du rachitisme

Bien que le traitement du rachitisme soit avant tout basé sur le régime et sur l'hygiène, on est amené parfois à prescrire certains médicaments. Le phosphore a plus d'inconvénients que d'avantages et est maintenant à peu près abandonné, même en Autriche où Kassovitz l'avait préconisé. Les préparations de phosphates insolubles n'ont pas d'action. Les solutions acides seules ont quelque chance d'être absorbées. M. Marfan prescrit parfois la préparation suivante :

Gomme adragante.....	10 grammes
Solution de lacto-phosphate de chaux du codex à 50 pour 1000.....	150 grammes
Sirup de phosphate de chaux du codex à 50 pour 1000.....	350 grammes
Huile de foie de morue.....	500 grammes
Zeste de citron.....	20 grammes

4 cuillerées à café chez les nourrissons avant la tétée ou au moment des repas.

Les glycéro-phosphates de chaux peuvent aussi rendre des services, mais doivent être administrés à très faibles doses, 0,10 centigrammes par jour par exemple.

Enfin, on peut administrer les sels d'ammoniaque qui ont été préconisés par Bézy (de Toulouse). Le chlorhydrate d'ammoniaque associé au bicarbonate de soude peut être donné sous la forme suivante :

Bicarbonate de soude.....	0,50 centigrammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	5,25 centigrammes.

Un paquet pour les enfants au-dessous d'un an. Deux paquets par jour pour les enfants plus âgés. Cette préparation s'incorpore facilement au lait ou à la bouillie.

(*Journal de méd. et de chir. pratiques*).

**Evolution et traitement du strabisme chez les petits enfants.**

Par ROCHON-DUVIGNEAUD.

*Ancien chef de clinique de la Faculté.*

On sait quelle est la fréquence du strabisme convergent chez les enfants. Il apparaît dans trois conditions différentes; 1<sup>o</sup> L'enfant naît strabique. "Le strabisme convergent est plus souvent congénital qu'on le pense généralement, car il est très difficile d'établir la vérité sur ce point, attendu qu'il n'y a pas une mère qui veuille avoir mis au monde un enfant présentant un vice de conformation". - 2<sup>o</sup> il le devient tout d'un coup à la suite de convulsions ou d'une maladie débilitante, on dans d'autres conditions accidentelles, telles que le développement de vers intestinaux.—3<sup>o</sup> il le devient peu à peu, vers l'âge de 2 ou 3 ans. Cela paraît être le cas le plus fréquent.

La plupart des strabismes congénitaux disparaissent plus ou moins rapidement d'une façon spontanée. Quelques-uns persistent (Panas et Scrinii)

Du reste, le strabisme une fois établi chez un enfant en âge d'être examiné suffisamment, nous ne savons pas faire de différence, relativement à son étiologie. Les commémoratifs seuls nous renseignent à ce sujet; les symptômes essentiels nous paraissant être les mêmes quelle que soit la cause qui ait fait apparaître le strabisme.

Ces symptômes sont bien connus. L'un des yeux est dévié en dedans dans une proportion plus ou moins considérable. Malgré cela, les mouvements des globes oculaires aussi bien de celui qui louche que de son congénère, ont conservé toute leur étendue. Mais, quelle que soit la position des yeux, le désaccord des axes oculaires est toujours le même: l'enfant louche également dans toutes les directions du regard. Il n'y a pas de diplopie, ce qui concourt à distinguer le strabisme des paralysies musculaires.

Si l'on vient à couvrir l'œil sain ou œil *fixateur*, on voit l'œil strabique se redresser et fixer normalement. Mais simultanément l'œil couvert se devie en dedans et louche exactement comme louchait l'œil primitivement dévié. Ainsi, le strabisme peut passer d'un œil à l'autre, soit par un artifice,

comme nous venons de l'indiquer, soit naturellement dans le cas de strabisme alternant. On désigne ainsi les cas où chacun des yeux se dévie alternativement d'une façon toute spontanée, l'œil strabique devenant fixateur et *vice versa*.

Les mouvements de l'œil strabique sont donc parfaitement libres et complets, égaux à ceux de l'œil sain et le strabisme ne saurait provenir d'une différence de longueur des muscles comme les ophtalmologistes l'ont admis à une certaine époque.

La vision des strabiques, au moment où nous pouvons l'étudier, c'est à dire chez les enfants d'au moins 4 à 5 ans, dont le strabisme est généralement assez ancien déjà, est, dans l'immense majorité des cas, *inégaie* pour les deux yeux. L'œil strabique voit beaucoup moins bien que l'œil fixateur, quelquefois même ce défaut de vision est surprenant pour un œil qui ne présente pas de lésions matérielles et dont la pupille se contracte parfaitement. Si l'on cherche la cause de cette infériorité visuelle de l'œil déviée, on constate tout d'abord à l'ophtalmoscope, une intégrité parfaite des milieux transparents et des membranes profondes. Mais si l'on examine l'état de la réfraction par la méthode si précieuse de la *skiascopie*, méthode objective qui ne fait pas intervenir les réponses du malade, on constate dans presque tous les cas que l'enfant atteint de strabisme convergent est *hypermétrope*. En outre, ce vice de réfraction n'est pas le même pour les deux yeux. L'œil strabique est constamment plus hypermétrope que son congénère et presque toujours à cette hypermétropie vient s'ajouter un degré plus ou moins considérable d'*astigmatisme* qui peut du reste constituer le défaut prédominant. De par sa réfraction défectueuse l'œil dévié se trouve donc dans un état d'infériorité visuelle vis-à-vis de l'œil fixateur. On pourrait croire, il est vrai, que la correction optique du vice de réfraction peut lui rendre son acuité. Il n'en est rien, ou tout au moins l'on obtient ainsi qu'une amélioration très partielle de l'acuité visuelle, en tout cas très inférieure à celle que l'on procurerait ainsi à un œil non strabique atteint du même vice de réfraction.

L'œil strabique, l'œil dévié depuis longtemps est, en effet, atteint d'une *amblyopie* spéciale sans lésions dont la physiologie pathologique nous échappe, mais qui est considérée comme consécutive à la déviation, c'est à dire au défaut de fixation de l'œil dévié. Elle a reçu pour cette raison, le nom d'*amblyopie par non usagé* ou *ex anopsia* qui fait assez comprendre la genèse qu'on lui attribue.

Ainsi, dans les symptômes du strabisme l'amblyopie vient prendre de bonne heure une large place à côté de la déviation, qui n'est pas le signe le plus apparent du strabisme, affection complexe.

Quel est l'avenir des yeux atteints de strabisme convergent, si on les abandonne à eux-mêmes ? Cela dépend des formes du strabisme et de quelques autres conditions. Le strabisme alternant, de même que le strabisme périodique (nous avons toujours en vue ici les strabismes *convergens*), guérissent souvent spontanément à un âge plus ou moins avancé par exemple vers la puberté. Le strabisme permanent lui-même guérit assez souvent avec l'âge, mais seule la déviation disparaît, l'*amblyopie persiste*. Dans d'autres, il peut même se transformer plus tard en strabisme divergent.

Ce qui est à retenir, c'est la tendance de la déviation strabique convergente à s'atténuer ou même à disparaître avec l'âge sans que pour cela l'acuité visuelle et la vision binoculaire se rétablissent.

De par ces caractères évolutifs, de par son apparition et sa disparition quelquefois brusque (par exemple dans le cas de vers intestinaux), sa réapparition possible après guérison sous l'influence d'une cause morale ou physique (peur, colère, fatigue), le strabisme apparaît comme une sorte de névrose localisée. Il est, à proprement parler, l'exagération permanente d'un réflexe, ou, pour mieux dire, d'une fonction, qui s'accomplit du reste presque toujours d'une façon réflexe, la *convergence*.

Converger, c'est diriger les yeux symétriquement sur le point fixé. Quand on regarde un objet rapproché on *converge* fortement et on accommode. L'accommodation et la convergence sont donc deux fonctions physiologiquement associées et dans une certaine mesure synergiques. Mais au point de vue de l'accommodation, les strabiques présentent une particularité. Nous savons qu'il sont presque tous hypermétropes, ils ont des yeux trop courts pour que l'image des objets extérieurs tombe sur la rétine, il faut qu'ils accommodent constamment. Cet effort, léger dans le regard au loin, s'exagère pour la vision rapprochée et cette tension accommodative sollicite un excès de la convergence, fonction associée. Telle est, sans vouloir entrer dans plus de détails, la cause qui finit par entraîner chez nombre d'hypermétropes jeunes une exagération permanente de la convergence qui, reportée tout entière sur un œil (le plus mauvais, ) constitue le strabisme.

Sans doute, cette explication n'est pas valable absolument pour tous les cas, notamment pour les strabismes congénitaux. Il n'en est pas moins vrai que tous les enfants qui louchent sont des hypermétropes, ayant des yeux iné-

gaux, et telle est la catégorie de strabiques à laquelle presque toujours nous avons affaire.

Chez les petits enfants il existe deux moyens à employer contre le strabisme : *l'atropine* qui peut être usitée à tout âge, *les lunettes correctrices* que l'on ne peut guère donner avant la quatrième année.

Supposons d'abord un enfant de 1 à 3 ans. Dans beaucoup de cas, les instillations d'atropine dans les deux yeux feront cesser le strabisme momentanément, c'est-à-dire pendant la durée d'action du mydriatique, soit quelques jours. Par ce moyen, l'accommodation se trouve paralysée et le spasme de convergence, lié au spasme accommodatif disparaît. Mais on ne peut instiller de l'atropine d'une façon permanente dans les deux yeux ; l'un d'eux, au moins, doit être réservé pour la vision. On ne peut donc traiter les deux yeux par l'atropine que de temps à autre.

L'emploi monoculaire de l'atropine peut, au contraire, être prolongé très longtemps. L'atropine agit de deux façons : 1<sup>o</sup> elle dilate la pupille et paralyse l'accommodation ; 2<sup>o</sup> par ce moyen elle gêne la vision. On pourra donc l'instiller *dans le bon œil*, l'œil fixateur, de manière à diminuer passagèrement la vision de cet œil et à solliciter ainsi la vision par l'œil strabique, c'est-à-dire à redresser cet œil. Ce résultat, s'il est maintenu longtemps, aura l'avantage d'empêcher le développement de *l'amblyopie par son usage* qui pourrait devenir plus tard le principal obstacle au rétablissement de la vision binoculaire. Si donc l'instillation d'atropine dans l'œil fixateur a pour résultat de redresser l'œil strabique (bien entendu au prix d'un strabisme égal de l'œil atropinisé) on aura là un moyen susceptible d'être employé longtemps d'une façon méthodique.

Mais comment l'expliquer ? Tout d'abord il est facile de comprendre que pour ne *pas fixer* le strabisme sur l'œil atropinisé, la cure d'atropine devra être intermittente. On se proposera pour but de faire alterner le strabisme de semaine en semaine au moyen de l'atropine. Pour cela il suffira, les 3 premiers jours de la semaine, de faire 2 ou 3 instillations quotidiennes d'une à deux gouttes d'une solution de sulfate d'atropine à 1/2 0/10 *dans l'œil fixateur*. L'action de l'alcaloïde se prolongera suffisamment pour obtenir, au moins jusqu'à la fin de la semaine, ses effets paralysants et la diminution d'acuité visuelle qui en est la conséquence. Puis la vision retrouvant sa netteté, l'œil se redressera et son congénère reprendra sa déviation primitive. Après une semaine d'attente, on reprendra les instillations d'atropine, dans l'œil fixateur et ainsi de suite. On pourra du reste trouver

qu'une période de 15 jours d'atropine, suivie de 15 jours de repos est préférable. C'est affaire d'expérience.

Cette méthode des instillations d'atropine est à peu près la seule que l'on puisse réellement utiliser chez les tout petits enfants. Mais vers l'âge de 4 ans, plus tôt ou plus tard suivant la docilité du sujet, on commence à pouvoir employer un moyen beaucoup plus efficace en général : la correction optique. Elle doit être faite après des instillations d'atropine répétées pendant 3 à 4 jours, de manière à paralyser complètement l'accommodation et à révéler l'hypermétropie totale. La réfraction sera alors déterminée exactement par la skiascopie, et l'on fera en thèse générale une correction optique totale de l'hypermétropie et de l'astigmatisme. L'enfant portera constamment des lunettes. Il n'y a pas à craindre qu'il les brise et se blesse par les éclats de verre ; tout aussi bien que les grandes personnes, il apprend à ne pas les heurter ni les déranger.

Les lunettes ainsi prescrites ramenant l'œil à l'emmétropie, le spasme de l'accommodation se résout peu à peu et consécutivement l'excès de convergence se relâche. Quelquefois la correction du strabisme par les verres est immédiate et l'enfant ne louche pas tant qu'il a ses lunettes. Mais la déviation reparaît s'il les ôte, de sorte que même dans ces cas si favorable le port des lunettes doit être continué pendant des années. Plus fréquemment le strabisme ne s'amende et ne disparaît que d'une façon beaucoup plus lente par l'usage des verres. On peut craindre dans ces cas, malgré les verres, le développement d'une amblyopie par non usage. Il faut la prévenir par l'occlusion méthodiquement pratiquée (soit tous les jours du lever à midi) de l'œil fixateur, au moyen d'un petit bandeau exactement appliqué. Ainsi l'œil strabique se redresse, fixe et s'exerce, *chaque jour pendant une moitié de la journée.*

Dans tous les cas, le port des lunettes doit être continu et prolongé. Il ne faut diminuer le numéro des verres, que si, à un moment donné, des verres plus faibles suffisent à maintenir la correction obtenue.

En somme chez les petits enfants, le double but que l'on doit se proposer c'est d'éviter l'amblyopie par non usage et d'empêcher que le strabisme se fixe trop sur un œil, prenne trop de tendance à devenir monoculaire et permanent.

Assurément, on n'obtient pas toujours ce résultat par les moyens indiqués, mais alors même qu'ils paraissent sans effet au point de vue de la déviation, on a cependant rendu grand service à l'enfant si l'on a pu éviter

le développement de l'amblyopie. En effet, avec une acuité suffisante de l'œil dévié la guérison du strabisme sera beaucoup plus facile lorsque, à un âge plus avancé on pourra mettre en usage les exercices stéréoscopiques ou les opérations de ténotomie et d'avancement.

---

## Société Médicale de Québec

---

*Séance du mois de Mars.*

---

Monsieur le Dr L. J. A. Simard est au fauteuil.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Avant de procéder à la discussion des travaux présentés, Monsieur le Président informe l'assemblée que, depuis la dernière réunion (7 mars), il a reçu une lettre de M. le Dr E. P. Lachapelle lui annonçant que M. le Dr Roddick retirait son Bill pour cette session. Le président ajoute que le Bill ne sera probablement pas présenté de nouveau à la Législature Fédérale, vu que le Gouvernement Impérial a notifié le Ministre de la Milice qu'il se propose dans cette session de modifier la loi médicale de manière à permettre aux médecins des Colonies d'avoir de l'emploi dans l'armée et la marine. On sait que c'est la seule raison apportée par M. le Dr Roddick pour la présentation de son bill.

M. le Dr Arthur Simard propose ensuite secondé par M. le Dr Albert Marois que M. le Dr Colin Sewell soit élu membre de la Société Médicale. Adopté.

Monsieur le Dr P. V. Faucher rapporte l'observation d'un cas de monstruosité fœtale de sa pratique. Le travail devant être publié dans le BULLETIN, nous nous contenterons d'en donner la substance.

Le 8 février dernier, Madame M... donnait naissance à deux enfants du sexe féminin l'un bien conformé et l'autre un monstre du groupe des Anencéphaliens.

Le cordon ombilical de ce dernier était plus petit que celui de l'enfant normal. La membrane amiotique renfermait dans ses mailles une masse de tissu graisseux et vis-à-vis du centre du placenta on trouvait un caillot organisé assez volumineux. L'orateur est d'opinion que cette observation

confirme la théorie de Geoffroy St-Hilaire qui trouve la cause des monstruosités dans un trouble de l'incubation de l'œuf après le commencement du développement embryonnaire. Et voici son explication : Cette femme a fait une chute au troisième mois de sa grossesse sans qu'il en ait résulté d'avortement. Cet accident a déterminé une hémorrhagie placentaire qui s'est localisée à la région du placenta chargée de transmettre la nutrition au fœtus le caillot formé à sa suite a troublé l'incubation dans cette portion de l'œuf, et comme conséquence il y a eu un arrêt de développement de la portion correspondante du fœtus. L'enfant est mort par asphyxie, ce qui s'explique par l'absence du bulbe rachidien.

M. le Dr Simard Jur., n'admet pas comme absolue la théorie de Geoffroy St-Hilaire : 1° parce que l'hérédité a été établie dans certains cas 2° parce que M. Charrin et quelques autres ont pu produire des monstres par des intoxications et infections maternelles, la syphilis en particulier.

Il présente alors en son nom et au nom du Dr Ed. Martin de Rimouski une seconde observation de monstruosité fœtale. Nous en extrayons quelques passages, l'observation devant être, nous l'espérons, publiée en entier dans le BULLETIN.

C'est une jeune femme de vingt neuf ans, mariée depuis trois ans, qui a accouché à différents intervalles (en 1899 et avril 1900) de deux monstres anencéphaliens mort nés. L'orateur ne peut trouver de cause apparente pouvant expliquer la monstruosité ; il n'y a eu ni chute, ni traumatisme, ni maladie organique, ni albuminurie, ni apyrexie, ni syphilis paternelle ou maternelle, pas de monstruosité dans l'histoire des ascendants. On n'a remarqué que de la folie chez ses deux frères.

Dans l'un et l'autre cas, tout le cerveau manquait, ainsi que la portion bulbaire et médullaire de la moëlle.

M. le Dr Rousseau aime mieux admettre l'hérédité comme cause de monstruosité.

M. le Dr Simard sen., soutient qu'il est démontré que les monstruosité dépendent non seulement de traumatismes, comme Geoffroy St-Hilaire le prétendait, mais encore d'intoxication ou infection, c'est ce qu'a démontré Charrin dans ces derniers temps, et même souvent de l'hérédité. De plus, il est démontré dans certains cas, que des troubles de la fécondation peuvent produire des monstruosité, comme par exemple la production des monstres doubles adhérents par le sternum (frères Siamois). Ces troubles sont expliqués aujourd'hui par la pénétration de deux spermatozoïdes dan

un ovule. On peut se rendre compte jusqu'à un certain point pourquoi ce sont les centres nerveux qui ne se développent pas, ou qui se détruisent après un commencement de développement plutôt que les autres tissus, par le fait que le tissu nerveux, surtout encéphalique, est beaucoup plus sensible à la privation du sang que les autres tissus. Les deux observations de monstruosités anencéphales et amédullaires démontrent que le tissu nerveux n'est pas nécessaire pour le développement des organes, et que tout au plus, son absence retarde un peu le développement.

M. le Dr Rousseau demande comment il se fait que la circulation cardiaque s'établisse et se maintienne en l'absence des centres nerveux, surtout bulbaire.

M. le Dr Simard, sén, réplique qu'il est constaté que le cœur a une contractilité rythmique propre indépendante du système nerveux, celui-ci ne concourant qu'à modifier le nombre de ses contractions sans en être la cause. C'est ce qui explique que le cœur dans les deux cas cités plus haut a pu fonctionner en l'absence du système nerveux.

Monsieur le Dr Dussault nous entretient ensuite des " *Complications mastoïdiennes* ". Son travail très bien fait et très complet est agrémenté d'observations pratiques, entre autres la suivante dont nous ne dirons que quelques mots, le tout devant être publié dans le " BULLETIN ". Celui qui fait le sujet de cette observation est un homme de 45 ans souffrant de bourdonnements d'oreille et de surdité très prononcée. A l'examen on trouve : une hypertrophie des cornets du nez avec sécrétion très abondante, et du côté de l'oreille, la disparition du triangle lumineux, saillie de la courte apophyse du manche du marteau avec formation d'un pli postérieur. Le diagnostic de *Catarrhe tubaire de la Caisse* paraît évident. La proposition de faire le cathétérisme de la trompe est acceptée. Après cette opération le malade entend mieux et est pansé avec de la glycérine phéniquée. Un mois après le début de l'affection, le malade revient avec une douleur intense à la région mastoïdienne. L'examen indique de la suppuration ou au moins un épanchement dans la Caisse. Traitement : paracentèse avec antiseptique donnant issue à du muco-pus, glycérine ; phéniquée. Amélioration.—Quelques jours après douleurs à la pression à la région mastoïdienne, pas de fièvre, un peu de fluctuation, œdème, chute de la paroi postéro-supérieure du conduit, tympan refoulé en avant. Traitement : nettoyage de la Caisse par cathétérisme de la trompe, glycérine phéniquée, glace à l'extérieur. Au bout de trois jours, l'orateur d'après les renseignements donnés par le patient, fait sourdre du pus du conduit auditif en pressant sur l'apophyse

mastoïde ; Cette pression est continuée pendant quelques jours, concurremment avec le cathétérisme, la glace et la glycérine phéniquée, et le malade guérit complètement avec conservation complète de son audition.

En réponse au Dr Dussault M. le Dr Simard sen. dit que le cas rapporté doit entrer dans la classe des *Abcès Prémastoïdiens*, et que l'abcès s'est ouvert dans la partie externe du conduit auditif en dehors de la membrane du tympan. Ceci est démontré par le fait de la guérison prompte de la perforation tympanique et l'audition assez parfaite dont jouissait le malade ; l'audition aurait, en effet, été presque abolie si les cellules mastoïdiennes eussent été affectées par la suppuration.

M. le Dr Simard jnr, se demande si le fait de cathétériser la trompe d'Eustache ne constitue pas un danger d'infection de la Caisse, vu qu'il est difficile d'aseptiser les fosses nasales. Au sujet du diagnostic différentiel entre la périostite et la mastoïdite, l'œdème et la douleur osseuse sont deux moyens précieux pour décèler une inflammation des cellules mastoïdiennes. S'il y a un doute au sujet de la présence du pus sous-périostique, la ponction avec une seringue hypodermique peut, dans la généralité des cas, éclairer la situation.

M. le Dr Rousseau ne croit pas à l'infection facile de la Caisse dont le cathétérisme ne peut pas être comparable à celui de la vessie, vu que l'urine constitue un bien meilleur milieu de culture que la sérosité épanchée dans la Caisse.

M. le Dr Arthur Simard répond qu'il est vrai que la vessie peut s'infecter facilement par cathétérisme, mais il faut pour cela une condition spéciale, la rétention incomplète établie de l'urine. D'ailleurs, on voit un très grand nombre d'individus, qui se sondent eux mêmes septiquement échapper à l'infection tant qu'ils vident complètement leur vessie. Dans le cas actuel, on a une rétention dans la caisse d'un liquide tout préparé à recevoir l'infection, et l'opérateur a tout lieu de croire que l'introduction d'instruments difficilement maintenus aseptiques doit être une cause de danger.

M. le Dr A. Marois croit que, d'après l'observation soumise, il appert que la caisse a été infectée après plusieurs cathétérismes de la trompe, vu que le liquide est devenu purulent, a nécessité une paracentèse et a produit dans la suite une périostite.

---

M. le Dr Dussault répond que, malgré les dangers possibles d'infection, le cathétérisme est un bon moyen pour hâter la résorption du liquide de la caisse et obvier aux symptômes dus à la compression.

M. le Arthur Simard voudrait qu'une désinfection aussi parfaite que possible du nez et des fosses nasales soit faite avant tout cathétérisme de la trompe pour obvier autant que possible aux dangers d'infection.

Par ordre,

R FORTIER, *Co-Secrétaire.*



# BULLETIN MÉDICAL DE QUÉBEC

RÉDIGÉ EN COLLABORATION

QUÉBEC, AVRIL 1901.

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### “ ENTENDONS-NOUS. ”

Tout récemment, l'un de nos abonnés, d'une plus haute position scientifique, parmi les médecins de la grande Métropole du district de Montréal, qui nous fait l'honneur de recevoir notre modeste BULLETIN, a cru devoir nous adresser la note suivante, qu'il ne sera pas sans intérêt, dans les circonstances, de mettre sous les yeux de nos lecteurs : nous y ajouterons quelques remarques, pour établir plus nettement notre position, vis-à-vis d'un chacun, et témoigner de notre désir de conserver l'harmonie, les égards mutuels et la bonne entente avec tous.

“ A Monsieur le Directeur du BULLETIN MÉDICAL de Québec :

Monsieur,

Vous trouverez dans cette lettre le montant réclamé pour abonnement. Vous m'obligerez beaucoup en cessant de m'adresser votre publication, à partir de Septembre. L'attitude que vous avez prise sur les questions d'intérêt professionnel, toute locale et toute d'égoïsme, va accentuer, j'en ai bien peur, la scission qui existe entre les districts de Montréal et de Québec. ”

\*\*\*

En réponse, nous ne voulons nullement contester, à notre éminent confrère, le droit de nous refuser sa considération, quelque puissent être ses motifs, non plus que son adhésion à toutes les causes et aux principes que nous nous faisons un devoir de soutenir ou de défendre à l'occasion, dans notre journal. Mais la note qu'il nous adresse, sur le ton d'une menace et d'une vive protestation, nous paraît si peu justifiable, en regard de notre action, dans le passé, et nous semble, d'ailleurs, si peu conforme aux principes des bons égards et du respect des opinions que se doivent, entre eux, tous les membres d'un même corps professionnel, que nous ne pouvons la

laisser passer sans la relever énergiquement et sans lui opposer une réponse catégorique.

Evidemment, et comme l'auteur l'indique assez lui même, ce qui nous a valu cette rupture ouverte et inattendue de la part de notre distingué collègue, qui sait au besoin tenir une plume pour défendre ses opinions ou faire prévaloir ce qu'il croit être l'intérêt de notre profession, c'est notre attitude ferme et persévérante pour combattre le projet de loi du Docteur Roddick, que nous avons apprécié dès le début, comme devant être une source de conflits, et de plus, pour ce qui nous touche encore de plus près, comme absolument néfaste à l'influence de la profession médicale française, dans ce pays : c'est d'ailleurs, une opinion dont nous ne pouvons encore nous défendre à l'égard de ce projet, après une étude de plus en plus mûrie, et que nous nous sommes efforcés de dégager de tout préjugé, et cela, sans négliger de tenir compte des transformations successives qu'on lui a fait subir, dans le but de le rendre plus acceptable à la majorité des médecins canadiens-français

Ce projet de loi dont l'un des aboutissants, qui n'était pas le seul à redouter, pouvait être la centralisation du contrôle des études et de la pratique de la Médecine, au Canada, était bien, dans tous les cas, une question de la plus haute importance, qui se rattachait intimement aux intérêts généraux et les plus élevés de notre profession. On ne saurait donc s'étonner qu'il ait pu passionner vivement les esprits, sans rallier d'emblée, cependant, toutes les opinions. Mais ceux qui, fidèles à la mission qu'ils se sont donnée de sauvegarder les intérêts professionnels en même temps que de promouvoir l'essor dans les études scientifiques, ont entrevu plus nettement les dangers de ce projet que les avantages, et qui se sont crus forcés, par suite, de lui faire une opposition énergique, *bonâ fide* cela s'entend, ne devraient ils pas s'attendre, au moins, à ce que l'on respectât leurs opinions, quelque discutables qu'elles puissent paraître, surtout lorsqu'aucune personnalité n'a été directement mise en cause.

Pour mieux se rendre compte du point actuellement en litige, nos lecteurs devront avoir présent dans leur esprit, le compte rendu de l'une des séances récentes de notre Société Médicale, que nous avons publié dans la dernière livraison du BULLETIN, puisque c'est principalement notre attitude, dans cette circonstance, qui nous a été l'occasion, de la part de notre confrère, d'une imputation de motifs que nous répudions de toutes nos forces.

Dans cette séance, spécialement réservée à la discussion du projet de loi du Dr Roddick, après la mise au point de la question par différents

orateurs et après l'exposé d'arguments les plus probants, une série de considérations, que nous avons publiées, furent votées à l'unanimité, comme devant servir de base à l'action commune, pour empêcher la passation du bill en question, devant la Chambre Fédérale. On nomma de plus par une résolution, des délégués qui devaient se rendre à Ottawa, pour surveiller le bill, à la veille d'être soumis aux délibérations du Parlement.

Nos lecteurs auront à se rappeler, d'un autre côté, que ce projet de loi, qui n'avait pas été jugé tout à fait viable, par ses propres auteurs, l'année précédente, a été mis au jour, cette année, devant la Chambre Fédérale, après un enfilage prolongé et des plus laborieux -- précisément quelques jours après cette séance de notre Société Médicale, où sa valeur et ses conséquences à venir avaient été sérieusement discutées. Et comme il n'apparut pas à nos législateurs, conçu dans un pur esprit de libéralité et d'intérêt général, mais plutôt d'empiètement illégitime, et qu'il présentait de plus dans sa constitution certains signes d'un hermaphrodisme propre à créer des embarras de toutes sortes, les représentants politiques des différentes provinces du Dominion ont fait comprendre, de suite, à ses promoteurs qu'ils ne pourraient accorder à ce projet le "droit de vie" dans la législation fédérale. Aussi, ce bill polymorphe, dont l'élaboration avait déjà créé tant d'émotion dans notre monde médical, a-t-il paru comme étouffé, instantanément, dès sa première lecture, malgré le prestige et l'autorité de ceux qui lui avaient servi de parrain, devant la Chambre. Et la meilleure perspective que ses promoteurs puissent espérer aujourd'hui pour son avenir c'est qu'il atteindra, à peine, l'âge de sa deuxième lecture, sans entrevoir même l'aurore de la troisième.

Nous tenons à ajouter que notre Société Médicale ni le BULLETIN, ne doivent être tenus directement responsables de cette catastrophe, qui semble causer tant d'amertume à quelques-uns de nos confrères, plus ambitieux que nous de faire des sacrifices pour se rendre agréables à leurs concitoyens. D'une autre origine, puisque ni nos délégués ni les résolutions, mentionnés plus haut, n'ont eu le temps d'être mis à profit, auprès des législateurs à Ottawa. On se sentira forcé, par suite, d'admettre que si le bill de M. le Dr Roddick a perdu ses chances de vie, dès son apparition devant la Chambre, c'est parce que les députés de toutes les Provinces, évidemment, ont été frappés comme nous, des dangers et des anomalies, qui le caractérisaient : ce qui nous donne mille fois raison, par conséquent, de les avoir signalés à toute la profession, par la voix de notre journal.

Notre savant confrère, qui semble vouloir tourner contre le BULLETIN MEDICAL les traits de son dépit et de son humeur, en présence du nouvel échec qui attend le projet d'un Conseil central de Médecine, à Ottawa, sera-t-il encore longtemps avant de comprendre la leçon qui découle de cette rebuffade des promoteurs du bill centralisateur de Mr le Dr Roddick, devant le Parlement fédéral, avant même que les armes que l'on avait dirigées contre lui aient eu le temps de l'atteindre? Pourrait-il, en réalité, invoquer aucune autre raison, pour expliquer ce discrédit, que celles qui témoignent du vice originel que nous n'avons cessé de dénoncer et qui n'échappe qu'à un petit nombre?

Comme nous l'avons plusieurs fois démontré, ce bill ne nous paraissait pas devoir être accepté surtout pour les raisons suivantes, que nous mettons de nouveau sous les yeux de nos lecteurs :

1<sup>o</sup> Parce qu'il constituait un empiètement sur l'autonomie des provinces, en matière d'éducation : ce qui est l'un des privilèges les mieux reconnus par la constitution fédérale. 2<sup>o</sup> Parce qu'il était de nature à provoquer des conflits nombreux, non seulement entre les bureaux provinciaux de médecine et ce bureau central, à pouvoirs quasi-illimités, mais même entre les deux principaux groupes de nationalités, qui ont, chacune, leurs idées, leurs aspirations et leurs méthodes au sujet de la haute éducation.

Maintenant, pour ce qui regarde l'appréciation que l'on pourrait faire des motifs de notre attitude ouverte sur cette question, nos lecteurs ne seront pas moins surpris que nous mêmes de voir cette attitude taxée d'être " toute locale et toute d'égoïsme "

En quoi, en effet, nous le demandons sincèrement à tous ceux que n'aveuglent pas les préjugés, en quoi le fait de lutter par tous les moyens légitimes, pour sauvegarder ce que nous considérons être essentiellement de l'autonomie garantie aux provinces, dans les questions de la haute éducation dont nous devons nous montrer si jaloux, pour conserver, hors de toute atteinte, les prérogatives de notre Bureau provincial de Médecine, la prépondérance et les droits acquis de nos universités françaises en quoi, nous le répétons, une telle attitude peut-elle éveiller, dans l'esprit de quelques uns des nôtres, le soupçon d'un intérêt local ou d'un égoïsme droit?

Nous pourrions aller encore plus loin, puisque ce projet de centralisation, ou plutôt d'union législative, comme l'exprimait ouvertement devant

la chambre, l'un des députés d'Ontario. M Mclean, tout en étant mis en avant sous le prétexte apparent de favoriser les bonnes relations, de faire disparaître des barrières anormales dans la pratique de la médecine, entre les différentes provinces, aurait eu inévitablement pour effet, aux yeux de la très grande majorité des médecins canadiens-français, d'annihiler ou de neutraliser en grande partie, l'influence de la profession médicale française. Et nous nous demandons, ici, encore: en quoi le fait de travailler à empêcher l'influence de notre profession d'aller se noyer dans un grand tout, qui, cela est trop connu, aurait été loin de nous être favorable, peut-il justifier ceux qui ne partagent pas notre opinion sur ce point, de nous imputer des motifs d'intérêt mesquin ou d'étroitesse de vue?

Notre savant confrère a-t-il voulu laisser entendre, que le seul fait de refuser un pacte d'origine fédérale, sur une question d'intérêt professionnelle, en se retranchant sur le terrain de l'intégrité des privilèges et des droits acquis de nos institutions provinciales suffisait pour nous mériter d'être taxés de défaut de largeur de vues ou d'égoïsme? Si telle est son opinion, nous l'avertissons amicalement que nous sommes trop jaloux de notre autonomie et de nos prérogatives provinciales, tant au point de vue professionnel qu'au point de vue politique et national, pour en sacrifier la plus minime partie, sous le prétexte de faire preuve de libéralité et de largeur de vues aux yeux des autres nationalités, qui n'auraient rien de rassurant à nous offrir en retour. Nous sommes prêts à défendre notre position sur ce terrain; mais nous ne promettons pas de garder, dans l'avenir, envers ceux qui nous y attaqueront de nouveau sans ménagements, la même réserve que nous aimons à garder encore aujourd'hui envers notre ami, auquel nous ne voulons pas contester cependant son plein droit de nous refuser son abonnement.

Arrêtons-nous un instant à nous demander de quel côté l'on pourrait soupçonner cet intérêt local et d'égoïsme que l'on cherche à nous imputer? Est-ce du côté du BULLETIN MÉDICAL, dont le programme a toujours été, (nos lecteurs ne l'ignorent pas), de donner une large part à la discussion de toutes les questions d'intérêt professionnel? Est-ce du côté de notre Société Médicale, qui a été fondée non seulement dans le but d'établir des liens plus étroits entre tous les médecins de notre district, de promouvoir l'essor dans les études scientifiques, mais aussi pour être un foyer de ralliement dans la lutte pour la défense des intérêts généraux de notre profession?

Mais qu'avons nous fait autre chose, que de vous conformer intégralement aux principes et à la mission qui ont été la raison d'être de ces

deux institutions, en travaillant avec énergie et persévérance à faire ressortir, aux yeux des intéressés, ce que, dans le projet de loi de Mr le Dr Roddick, nous croyions sincèrement être une menace et un danger pour notre autonomie dans l'éducation professionnelle, pour les privilèges de notre Bureau Provincial de Médecine, pour les droits acquis de nos universités, en même temps qu'un empiètement propre à neutraliser l'influence de notre profession médicale française, en ce pays ?

Serait-ce du côté de notre Université Laval de Québec que l'on pourrait soupçonner ces motifs particuliers d'intérêt dans cette question ? Ici, nous admettons que notre attitude se rattache indirectement, quoique très étroitement à la conservation de l'influence et des droits acquis de cette Alma Mater, que l'on considère partout, à juste titre, comme un rampart de notre nationalité. Mais notre savant confrère de la grande Métropole, où l'Université Laval s'est implantée dans le but de rallier dans un seul foyer de principes et d'action scientifique tous les médecins canadiens-français et catholiques, doit avoir conscience, plus que bien d'autres, que, dans l'attitude qu'il nous reproche en termes si provoquants, nous n'avons pu espérer servir plus les intérêts de Laval de Québec que ceux de la branche de la même institution de Montréal, dont il a le devoir, pour les mêmes raisons que nous, de défendre ou de soutenir le prestige et l'influence de toute l'ardeur de ses convictions.

Tous nos lecteurs admettront facilement, nous en avons l'assurance, que l'attitude de notre journal, à ces différents points de vue, ne saurait nous avoir mérité cette imputation blessante dont on nous fait l'injure, trop gratuitement. Nous aurions d'un autre côté, certaines raisons de croire que notre savant collègue, dans l'action trop prompte qu'il a prise contre notre journal, a négligé les points de vue les plus larges et les plus élevés, qui auraient dû entrer les premiers dans sa considération, avant de nous juger aussi défavorablement : il nous paraît s'être trop retranché sur le terrain étroit des intérêts de personnalité ou des susceptibilités personnelles, et nous croyons deviner assez sûrement que le principal prétexte, qui l'a fait dévier, à notre égard, de sa courtoisie ordinaire, est le suivant :

Dans le compte rendu de l'une de ses dernières séances de notre Société Médicale, spécialement réservée à la discussion du bill de M. le Dr Roddick, nous rappelions (BULLETIN MÉD, mars 1901, page 400) que l'un des orateurs, en relevant l'assertion émise que la majorité du Bureau provincial de Médecine favorisait la passation du dit bill, avait énoncé que, si

tel était le cas, " ce Bureau n'était pas l'expression de l'immense majorité des professionnels de cette province ; et, par conséquent, il ne *devait pas être réélu*. Il était préférable, ajoutait le même orateur, avant d'engager la profession dans une voie aussi dangereuse, d'attendre le résultat des prochaines élections qui indiqueraient le vœu de la profession sur cette question."

N'est-ce pas là le point qui a le plus excité la susceptibilité de notre savant ami ? N'a-t-il pas été trop enclin, trop prompt même, à découvrir dans ces paroles un plan préconçu pour arriver à renverser systématiquement le Bureau de Médecine actuel et à détronner son digne Président ? N'est-ce pas cette question d'intérêt purement personnel qui lui fait perdre son contrôle et la dignité dans les procédés, jusqu'à nous faire l'injure de dénoncer notre attitude comme " toute locale et toute d'égoïsme ?

Pourtant, il avait à sa connaissance tout notre passé pour lui prouver que nous avons toujours su mettre, dans notre journal, ces questions d'intérêt de personnalité, bien au-dessous des questions d'intérêt général de notre profession. Ce même Bureau de Médecine, dont l'existence et le maintien semblent, déjà, un peu trop préoccuper l'esprit de notre confrère, n'a-t-il pas été élevé au pouvoir, et son président choisi dans Montréal même, avec le concours le plus actif des médecins de notre district, lorsqu'il s'est agi d'opérer un changement dans le but d'arriver à corriger certains griefs dans l'administration de l'ancien Bureau ? et cela, au risque de blesser certaines susceptibilités parmi les membres les plus respectés de notre district, qui avaient cru de leur devoir de soutenir jusqu'à la fin les responsabilités de cette administration. Et si ce même Bureau, aujourd'hui, dans son action sur une question d'intérêt général, dévie de l'opinion de l'immense majorité des médecins qu'il représente, devra-t-on être surpris et s'affranchir si, fidèles au principe de mettre les questions d'intérêts professionnels bien au-dessus des personnalités, nous déterminons d'avance que ces mêmes gouverneurs ne doivent pas être réélus ?

Nous touchons, ici, de très près, à la vérité, au terrain étroit des personnalités, que côtoient trop souvent les intérêts mesquins et égoïstes : ce n'est pas celui sur lequel nous avons l'habitude de nous tenir, lorsque nous pénétrons dans le vif des questions professionnelles et scientifiques, en invitant nos lecteurs à nous suivre. Aussi, n'insisterons-nous pas davantage ; il nous aura suffi de mentionner cette dernière hypothèse, qui n'est pas la moins vraisemblable, pour que nos lecteurs comprennent désormais de quel côté se trouvent les attitudes d'intérêt local et d'égoïsme. D'ailleurs,

nous n'écrivons pas ici, dans un but de récriminations personnelles, au sujet d'un abonnement perdu — ce qui ne pèse guère dans la balance — mais pour trancher nettement les positions et dissiper toute équivoque que l'on serait tenté de jeter de nouveau sur les motifs qui nous ont guidés dans cette lutte pour la défense de ce que nous croyions être de l'intérêt essentiel de notre profession.

Mais il est un point sur lequel nous désirons attirer particulièrement l'attention et qui démontrera mieux aux yeux de tous, quelle a été la largeur de nos vues et notre véritable attitude sur cette question, encore maintenant en litige devant toute la profession médicale du Dominion : c'est que, dans chacune des occasions où nous avons dû prendre une action ouverte contre le projet de l'établissement d'un bureau central pour les licences de la Médecine dans l'une ou l'autre des provinces de la Confédération, nous avons toujours affirmé très explicitement notre adhésion au projet de la réciprocité interprovinciale des diplômes universitaires, qui permettrait de réaliser le même but utile et légitime que le Conseil Fédéral, mais sans aucun empiètement sur les droits acquis, sans risque de nuire à aucune prérogative ou de compromettre notre autonomie provinciale en matière d'éducation professionnelle.

La question de cette réciprocité interprovinciale, avait été nettement exposée, devant l'Association Médicale du Canada, à la convention de Québec, en 1898, par M. le Dr Beausoleil de Montréal, alors Président. Nos lecteurs se rappelleront facilement avec quelle éloquence et avec quelle sincérité, ce médecin en fit valoir les avantages, tant au point de vue des égards mutuels et de la bonne harmonie entre les deux grandes races qui prédominent dans chacune des provinces, qu'au point de vue des exigences de la pratique qui légitiment le desideratum d'un accès libre dans les différents territoires d'un même pays.

Mais comment a-t-on répondu à cette offre de conciliation et de bonne entente qui avait été endossée par la grande majorité des médecins Canadiens Français ? Faut-il avoir à rappeler, ici, de nouveau, que l'on a vu certains organes de la profession médicale d'Ontario élever la voix et déclarer avec une arrogante provocation, qu'il ne pouvait être question de la réciprocité des diplômes avec la Province de Québec, vu que les études médicales étaient inférieures, dans ce milieu ?

Si d'autres restèrent impassibles, pour nous, nous ne pûmes manquer d'être sensibles à l'injure ; et l'on sait avec quelle vigueur le gant fut relevé par l'un de nous, et comment M. le Dr Arthur Simard démontra par un ense-

ble d'observations et de statistiques écrasantes, qu'on a pu osé attaquer par la suite, l'infériorité des programmes pour l'admission à l'étude et à la pratique de la Médecine, dans la Grande Province sœur, dont les organes faisaient évidemment erreur, cette fois, en réclamant, pour leur patrie d'origine, la supériorité des études professionnelles, comme on réclame sur d'autres points, dans le même camp, la supériorité de la race et de l'intelligence !

Nous connaissons assez l'opinion de la majorité des médecins de la Province de Québec pour affirmer, ici, que la profession médicale française n'entrevoit aucun intérêt proche en offrant cette réciprocité des diplômes universitaire. Elle l'a fait plutôt par aménité, pour manifester son désir de bonne entente et d'égards mutuels avec les autres provinces, sans trop calculer le profit qu'elle pourrait en recevoir.

Si nous rappelons tous ces faits, c'est, principalement, pour établir nettement quelle a été notre attitude franche et ouverte sur ces différentes questions d'intérêt professionnel dont la considération ne pourrait trop nous préoccuper. Mais il sera bien permis, à ce propos, de demander à notre savant collègue, qui a cru devoir faire scission avec nous, à l'égard de ces mêmes questions, s'il n'oublie pas, quelque peu, la signification et la notion opposée des deux mots "réciprocité" et "égoïsme", quand il nous parle si facilement de notre attitude "toute locale et toute d'égoïsme."

"Donner ou offrir le réciproque," si ce n'est toujours le comble de la libéralité et du désintéressement, c'est, au moins, toujours une marque de bons égards et une juste reconnaissance de l'un des premiers devoirs de la sociabilité : notre confrère admettra dans tous les cas, que c'est, généralement tout le contraire de l'égoïsme.

Par contre, "refuser de donner ou d'accepter le réciproque" même en matières d'intérêts professionnels, n'est-ce pas le plus souvent, témoigner d'un intérêt mesquin, d'un caractère peu sociable, et laisser soupçonner un certain égoïsme ?

N'est-il pas plus qu'étonnant, après les faits que nous venons de rappeler, de voir notre savant confrère, qui s'est fait, jusqu'à présent, l'auxiliaire et le défenseur de ceux que le défaut de largeur de vues, le caractère peu sociable ou l'égoïsme infatué ont portés à nous refuser, au mépris ouvert de notre profession médicale française, cette réciprocité, offerte dans un pur esprit de bons égards et de ralliement, fermer les yeux sur cette intolérance et cette étroitesse de vues de ses alliés, puis se retourner contre nous, qu'il sait partisans sincères et désintéressés de cette réciprocité, pour nous

accuser de prendre, sur cette question, une attitude " toute locale et toute d'égoïsme." N'est-il pas trop euclidien, le moins que l'on puisse dire, à ne porter ses soupçons que du côté qui devrait être le moins sujet à caution devant l'esprit de tout médecin canadien-français, non préjugé ?

Le plus grand nombre, parmi les médecins de cette province, admettront avec nous que le projet de M. le Dr Roddick fut mis en avant pour combler les vœux de ceux qui nous avaient refusé les égards d'une entente et d'une considération réciproque ; et il ressort des événements que ses principaux promoteurs n'étaient pas guidés uniquement par les motifs de l'intérêt général de notre profession. La constitution du bill, entre autres choses, laissait entrevoir assez clairement dans son ensemble, un plan systématique pour en arriver à annihiler, dans le nouveau rouage, l'influence de la profession médicale française, d'abord et, peu à peu, les prérogatives de nos institutions provinciales.

Malgré les secrets espoirs que faisaient naître ce bill au sujet de la prépondérance facile d'un groupe de nationalité, on a été témoin, cependant, dans la suite, qu'un grand nombre des partisans dans l'Ontario, ont abandonné le projet caressé et ont renoncé ouvertement à l'idée d'un Conseil central de Médecine pour le Dominion.

Est-ce par un retour à une juste appréciation des motifs d'intérêt général que nous avons mentionnés plus haut : autonomie des provinces en matière d'éducation, danger des conflits etc. ? Personne ne supposera—pas même notre savant ami—que l'on ait été arrêté par le scrupule de faire injustice à la représentation médicale française et de neutraliser son influence, tel que la constitution du bill pouvait le permettre facilement. Ne serait-ce pas, plutôt, parce que nos amis d'Ontario, gens tout à fait *pratiques*, se sont aperçus, en dernier ressort, qu'à côté de l'avantage que présentait ce bill d'assurer la prépondérance absolue de la profession médicale anglaise du Dominion, il donnait en retour, un risque qui ne devait pas les laisser indifférents : celui d'assurer une même prépondérance à l'Université McGill, source et principal appui du projet, et peut être, même la perspective de devenir Université d'Etat, et à l'encontre des autres universités anglaises, grâce à la puissante organisation dont elle jouit—en d'autres termes, parce que nos amis d'Ontario sensibles aux intérêts de leur province, avant tout, ont entrevu que le zèle de leurs alliés de McGill, qui sont en même temps ceux de notre éminent collègue de Montréal, se rattachait vraisemblablement à un but trop intéressé, nous pourrions presque dire, en

empruntant les mots que nous adresse notre confrère : à un but d'intérêt "tout local et tout d'égoïsme."

Nous demanderons s'il est possible d'alléguer d'autres raisons plausibles pour expliquer le changement d'opinion et la défection des médecins d'Ontario à l'égard du projet de loi de M. le Dr Roddick.

Notre confrère restera-t-il seul, avec un petit nombre d'adeptes parmi les médecins canadiens-français, à ignorer ce dont la plupart ont eu l'intuition, dès le début, et ce qui apparaît aujourd'hui de plus en plus manifeste au grand jour.

Mais nous ne voulons pas discuter les raisons de son attitude sur cette question. Nous respectons les opinions de tous ; et nous n'écrivons, en réponse à la note qu'il nous a adressée, que pour affirmer notre droit à un respect égal, en même temps que pour témoigner de notre désir des bons rapports et de bonne entente avec tous.

D'un autre côté, nous avons été grandement surpris, de voir dans la même note, une allusion à la prétendue scission qui existerait déjà entre les districts de Montréal et de Québec. Nous avouons, en toute sincérité, ne pas avoir conscience, ici, dans notre ville que telle scission existe, et nous ne voyons pas actuellement quels en pourraient être les motifs.

Nous reconnaissons bien des sujets d'une louable emulation dans les journaux et des revues de médecine et les sociétés médicales, qui rivalisent de zèle et font l'honneur des deux milieux ; mais jusqu'à présent ces éléments essentiels au développement et à la vulgarisation de la science, parmi notre profession, loin de créer des divisions, n'ont servi qu'à resserrer davantage les liens qui existaient auparavant entre les principaux médecins des deux villes ; elles ont été, de plus, le point de départ de nouvelles relations très amicales basées sur une considération réciproque et sur le sentiment d'une certaine solidarité, en poursuivant un même but scientifique. Nous croyons avoir déjà donné à tous des preuves non équivoques de notre haute appréciation, de notre désir de ralliement et de bonne entente et rien ne viendra changer cette attitude, dans l'avenir, nous osons l'espérer.

Nous pourrions ajouter sûrement que ce n'est certainement pas le moment opportun pour ceux qui cachent quelques dissentiments ou qui auraient encore souvenir de certains sujets de rivalité entre les deux milieux, de parler de scission, d'affecter le mépris des bons procédés et des égards mutuels, lorsque l'on voit les organes de la profession et les sociétés médicales des deux grands districts, se donner la main, dans une franche et

cordiale entente, pour travailler de concert à assurer le succès du ralliement général de la grande famille médicale française dont les membres sont éparés sur la surface de tout ce vaste continent. Au risque de nous faire illusion, nous aimons mieux croire que notre confrère n'a exprimé, à ce sujet, qu'une opinion purement personnelle.

Pour résumer tout le fond de nos pensées, dans un seul desideratum, nous dirons que nous n'aimons rien tant que de conserver nos bonnes relations avec nos estimables confrères de Montréal, de même que nous serons toujours heureux de nous associer avec eux et avec nos autres confrères de tous les districts, quelque puissent être nos divergences d'opinion sur certains sujets particuliers, pour unir nos efforts et travailler à assurer l'avancement et le prestige de la profession médicale française de notre jeune pays. Voilà pourquoi le dernier mot que nous adresserons à notre ami, qui se sépare de nous, ainsi qu'à tous nos lecteurs sera le même que nous avons inscrit en tête de cette réponse et nous dirons encore une fois : " Entendons nous. "

LA DIRECTION

## PHARMACIE W. BRUNET & CIE

Cette pharmacie a maintenant une réputation justement méritée. Les médecins de la ville et de la campagne y trouveront les produits pharmaceutiques les plus nouveaux venant de France, d'Allemagne, d'Angleterre et des Etats Unis.

## W. BRUNET & CIE

PHARMACIENS

139 ET 141, RUE ST-JOSEPH, ST-ROCH, QUÉBEC