

PAGES

MANQUANTES

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : \$2.00 par année



NOVEMBRE 1908

SOMMAIRE

Travaux originaux

- 97—Un cas d'atonie musculaire congénitale.—Maladie d'Oppenheim. Docteur P. A. Gastonguay.
- 105—Diagnostic précoce des tumeurs blanches. Docteur Ach. Paquet.
- 113—Congrès de la Tuberculose à Washington. Docteur Arthur Simard.
- 120—Le IVe Congrès médical à Québec. Docteur Arthur Rousseau.
- 126—La rage au Canada. Docteur A. Loir.
- 139—Hygiène thérapeutique. Docteur Odilon Leclerc.
- 144—Bibliographie.



FURONCLES, ANTHRAX,
Suppurations, Diabète,
Grippe, Leucorrhée,
Constipation, etc. LA

LEVURINE

de COUTURIEUX, 57, aven. d'Antin, Paris
est le seul vrai produit de ce nom
derivé de la LEVURE DE BIÈRE
En Cachets, en Poudre et Comprimés

INAPPÉTENCE
DYSPEPSIE—ENTERITES
NEURASTHÉNIE
CONSTIPATION

Oenase

Ferments du Raisin 2 à 4 comprimés par jour.
COUTURIEUX, 57 AV. D'ANTIN
PARIS

DIRECTION SCIENTIFIQUE

- A. SIMARD, Professeur d'Anatomie pratique, de Médecine opératoire et de clinique chirurgicale à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- A. ROUSSEAU, Professeur de Pathologie générale et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- A. PAQUET, Professeur d'anatomie pratique, Assistant à la clinique chirurgicale, Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

- M. AHERN, Professeur d'Anatomie et de Clinique chirurgicale. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Membre du collège des médecins.
- D. BROCHU, Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Surintendant de l'Asile des Aliénés de Beauport, vice-président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.
- S. GRONDIN, Professeur d'obstétrique et de gynécologie, gynécologue à l'Hôtel-Dieu.
- R. FORTIER, Professeur d'hygiène, de médecine infantile, et de clinique de maladie des enfants.
- N. A. DUSSAULT, Professeur des cliniques ophthalmologiques et rhino laryngologiques à l'Hôtel-Dieu.
- EUG. MATHIEU, Professeur de Physiologie, et de Clinique interne à l'Hôtel-Dieu.
- P.-C. DAGNEAU, Professeur d'anatomie descriptive, Assistant à la clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
- R. MAYRAND, Professeur agrégé à l'Université Laval, chargé du cours de Dermatologie et de Bactériologie.
- C.-R. PAQUIN, Membre du Bureau des Médecins.
- D. PAGÉ, Surintendant du service médical des émigrants à Québec.
- ALEX. EDGE.
- ACHILLE PAQUET.
- A. VALLÉE, Professeur agrégé, Anato-pathologiste à l'Hôtel-Dieu.
- P.-A. GASTONGUAY,
- O. LECLERC.
- G. PINAULT.
- JOS. VAILLANCOURT.
- P.-A. SAVARD.

DIRECTION DE LA SOCIÉTÉ DE PUBLICATION DU
BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC

- M. AHERN, Président ; D. BROCHU, C.-R. PAQUIN,
D. PAGÉ, A. SIMARD, A. ROUSSEAU,
N.-A. DUSSAULT, P.-C. DAGNEAU, administrateur.
R. FORTIER, secrétaire.

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS D'ATONIE MUSCULAIRE CONGÉNITALE. — MALADIE D'OPPENHEIM

Par P. A. GASTONGUAY.

A la fin du mois de mai 1907, nous avons eu l'occasion de voir Germaine B. âgée alors de 3 ans et 8 mois.

Le père et la mère, encore de ce monde, ont toujours joui d'une santé-excellente.

La mère a eu successivement un enfant à terme, une fausse couche à quatre mois, un accouchement à 7 mois d'un enfant mort, du sexe féminin, puis la petite malade qui fait le sujet de la présente observation, et deux autres enfants à terme, dont un garçon et une fille.

D'après les calculs de la mère, la petite Germaine B. serait née une vingtaine de jours avant terme, et cette grossesse aurait différé des autres ; les mouvements fœtaux n'ont pas été sensiblement perçus comme aux autres grossesses. L'accouchement s'est fait facilement, par le sommet.

Pendant les premiers jours qui suivirent la naissance, l'enfant ne parut pas tout-à-fait normale, n'étant pas comme les autres, nous dit la mère qui ne s'inquiéta cependant pas. A l'âge de dix semaines, elle eut une affection pulmonaire ou broncho-pulmonaire et des crises que nous croyons avoir été du phréno-glottisme. C'est à la suite de cette maladie, que la

(1) Travail présenté au VI Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, Juillet 1908.

maman s'aperçut de l'affection pour laquelle on nous amena la petite malade. L'enfant semblait alors absolument paralysée. Incapable d'imprimer des mouvements à ses membres, elle ne pouvait même pas retenir sa tête, qui retombait sur ses épaules. Les muscles de la face et du pharynx semblaient toujours avoir été indemnes, parce que l'enfant, d'abord nourrie par la mère, puis au biberon, a toujours tété parfaitement.

Cet état alla en s'améliorant d'une façon progressive, mais très lente, ce que voyant, le médecin de famille conseilla à la mère de nous amener l'enfant. Lorsque nous vîmes l'enfant pour la première fois, la petite Germaine B... avait l'allure générale d'une paralysée flasque des quatre membres. Il lui était impossible de se tenir debout toute seule, et voulait-on lui faire garder cette position, qu'elle s'effondrait sur elle-même, sans avoir la force de prendre avec ses membres supérieurs un point d'appui solide sur les objets environnants. Impossible aussi lui était de se tenir assise à moins d'être soutenue, et si on l'abandonnait, on voyait sa colonne vertébrale se courber en dessinant une large cyphose, puis l'enfant s'affaissait. Il n'existait pas, croyons-nous, de paralysie véritable, mais bien plutôt de l'atonie musculaire, car l'enfant couché sur le dos, sur un plan résistant, faisait au commandement mouvoir ses jambes et ses bras.

Cette atonie s'étend aussi aux ligaments articulaires, car toutes les articulations peuvent être portées en hyperextension exagérée dépassant considérablement les limites de l'hyperextension normale. Lorsqu'on essaie de faire tenir l'enfant debout en la soutenant, les genoux prennent l'attitude du « genu recurvatum » et les os de la jambe glissent en avant sur l'astragale, reproduisant ainsi cette attitude du pied que l'on rencontre assez fréquemment dans le rachitisme.

Les muscles ne semblent pas atrophiés, mais ils donnent à la palpation, une sensation de grande mollesse.

La mimique est intacte et les muscles innervés par les nerfs crâniens sont respectés.

Les réflexes rotuliens et achilliens sont abolis. Les réflexes cutanés sont normaux. L'enfant est propre depuis longtemps et les sphincters fonctionnent normalement. La sensibilité et les organes des sens sont normaux. Dans les mouvements intentionnels, il y a un léger tremblement du côté des membres supérieurs. Nous n'avons pas pu faire rechercher les réactions électriques, la maman s'y opposant, craignant que l'on fasse souffrir la petite malade.

La peau n'est pas très souple, sauf celle du visage. Sur les membres inférieurs, elle présente un épaissement œdémateux dur et lisse, rappelant le myxœdème.

L'état général est bon, les viscères normaux et l'enfant ne présente aucune déformation pouvant être attribuée au rachitisme. Au point de vue intellectuel, l'enfant est très en retard. Depuis quelque temps cependant, nous l'avons revue quatre fois, l'intelligence se développe rapidement. Elle commence à parler et comprend tout ce qu'on lui dit. Tout dernièrement, nous avons eu une lettre de la mère qui consent que nous vous présentions la malade, et qui nous dit que depuis quelque jours la petite Germaine commence à se servir un peu de ses mains pour prendre quelques objets légers, mais pas assez pour manger seule. Aussi elle maintient beaucoup mieux sa tête et la fait mouvoir facilement.

Messieurs, cet ensemble de symptômes, nous a bien causé quelques perplexités, et nous nous trouvions en face d'une maladie que nous ne pouvions pas étiqueter.

En effet, il ne peut être question d'une paralysie spinale ou

cérébrale, car l'affection de notre petite malade est certainement congénitale, et d'autre part, les troubles moteurs sont trop généralisés et trop étendus, pour être rapportés à l'une de ces deux maladies.

Nous ne croyons pas qu'il puisse s'agir non plus d'une poly-névrite qui, rare dans les premiers mois de la vie, s'accompagne toujours de troubles de la sensibilité, de douleurs vives. Point de douleur chez notre petite malade, et l'impotence musculaire est plus marquée à la racine des membres qu'aux extrémités, ce qui est l'inverse dans les polynévrites.

Il ne s'agit pas non plus d'une myopathie progressive, et l'affection ne rappelle aucun des nombreux types de myopathie qui ont été décrits; l'absence de l'hérédité, l'étendue que les troubles moteurs ont eu d'emblée, l'absence d'atrophie musculaire et surtout la marche de la maladie, qui presque généralisée au début a été en s'améliorant progressivement, alors que les myopathies ont une marche extensive et progressive, tous ces caractères écartent avec certitude le diagnostic de myopathie.

L'amyotrophie paralytique de la première enfance (Maladie de Hoffmann) a une évolution progressive, assez rapide toujours ascendante et assez rapidement fatale. Notre petite malade ne peut être rangée dans cette catégorie.

Dans les formes graves du rachitisme, il arrive quelquefois que l'on puisse observer des phénomènes parétiques très accusés. Notre petite malade ne porte aucun signe de rachitisme.

Que penser d'une polyomyélite? Dans ses formes généralisées touchant les quatre membres, on observe une atteinte des muscles du cou et du tronc qui progresse assez rapidement. Notre petite malade a bien eu de l'atonie des muscles du cou et du tronc. L'amélioration est notable. D'autre part, Germaine était atonique dès sa naissance.

En effet, chez notre petite malade, l'origine congénitale est à peu près certaine, bien que les parents ne s'en soient inquiétés qu'à l'âge de dix semaines.

Oppenheim a décrit en 1900, sous le nom de myatonie, une affection jusqu'alors inconnue et caractérisée essentiellement par une atonie musculaire sans paralysie véritable, étendue à la plupart des muscles du corps et dont l'origine est congénitale, affection que Berti appela plus tard, atonie musculaire congénitale.

Oppenheim donnait alors une description précise de la maladie (Monatsch f. Psychiat, u. Neurol.), « Pour lui, le caractère essentiel de cette affection réside dans une hypotonie musculaire, plus ou moins accentuée suivant les cas, allant depuis une apparente paralysie complète jusqu'à une simple faiblesse, une paresse musculaire. Dans les cas très légers, la faiblesse musculaire ne se traduit que par le manque de force de quelques mouvements. » Ce n'est que le 24 février 1904, que le professeur Oppenheim présenta à la Société de médecine de Berlin, une enfant atteinte de cette affection bizarre encore jamais observée avant lui, et dont il possédait cinq observations, les quatre premières inédites.

Nous avons été assez heureux pour mettre la main sur les quelques observations publiées et dues à Oppenheim, Spiller, Berti, Muggia, Kundt, Jovanne, Sorgente, Cattaneo, Rosenberg, Comby, Tobler, Bing, Beaudoin, Carey, Combes, Variot, Devillers, Comby, Leclerc, Ausset.

L'étude attentive de ces publications nous montre que notre observation est tout à fait semblable à celles qui ont été publiées, soit par Oppenheim, soit par les autres auteurs plus haut cités. Tous les cas sont d'ailleurs superposables et l'atonie musculaire congénitale que Ausset a dernièrement pro-

posée d'appeler « Hypotonie musculaire congénitale » semblerait ne présenter que peu de variantes.

Aussi après quelques hésitations, parce que nous connaissons mal cette maladie, nous en sommes arrivés à la conclusion que la petite Germaine B. était atteinte d'hypotonie musculaire congénitale, l'antipode de la maladie de Little et de Thomson, suivant l'expression même d'Oppenheim, où le tonus musculaire est exagéré.

Quel est le pronostique de cette maladie? Sur les 22 cas publiés jusqu'ici, 5 se sont terminés par la mort à la suite d'accidents broncho-pulmonaires qu'expliquerait assez bien l'atonie des muscles de la respiration. Ceux qui ont échappé aux complications du côté des voies respiratoires se sont tous améliorés, et l'affection est encore d'étude trop récente pour que l'on soit en état de dire jusqu'à quel point cette amélioration peut se poursuivre. L'enfant que nous avons tenu sous observation a fait des progrès notables, de nature à nous faire croire qu'il guérira.

Evidemment l'évolution ne peut être que très lente, mais les trois seules nécropsies pratiquées jusqu'à ce jour, ne semblent pas impliquer une lésion incurable.

Oppenheim pensait qu'il s'agissait de lésions musculaires et non de lésions nerveuses. Spiller fit un examen post mortem qui confirma l'opinion d'Oppenheim. Cet auteur n'a trouvé des lésions que du côté de la musculature, sans rien d'anormal dans les centres nerveux ou dans les nerfs périphériques.

Ce n'est cependant pas là l'opinion de Bing, qui, après avoir prélevé un fragment de muscles sur son petit malade, et ne trouvant aucune lésion musculaire, attribua l'affection à un arrêt de développement des voies médullo-cérébelleuses conductrices du tonus.

Mais l'autopsie du cas de Beaudoin ainsi que celle faite par Variot, très complètes et bien étudiées, ne relèvent rien d'anormal du côté du système nerveux central. « Seul le neurone périphérique était touché en totalité et au niveau des muscles, la prolifération conjonctive, l'hypertrophie de certaines fibres, la multiplication des noyaux du sarcoplasme, signifiaient plus qu'un simple arrêt » Il semble, dit Beaudoin, qu'une cause morbide ait suspendu le développement de la moëlle et des nerfs et agissant sur le muscle, l'ait dévié de son type normal.

De plus, Beaudoin a trouvé une sclérose assez avancée du corps thyroïde ce qui lui a fait croire que l'altération de cette glande pouvait bien être la cause de l'hypotonie musculaire. Cattaneo et Berti avaient déjà émis cette opinion. Ce dernier voyait dans cette affection une variété de myxœdème congénital.

Du peu de connaissances que nous avons de la maladie, découlera un traitement qui ne laissera pas d'être un quelque peu empirique. Le massage, les mouvements passifs, les bains électriques, les courants continus et faradiques, les bains salés, quelques injections d'eau de mer isotonique, les frictions stimulantes, l'arsenic, la strychnine et l'opothérapie thyroïde, seront mis en œuvre. Tous les cas ainsi traités où la broncho-pneumonie n'est pas venu faire des sinnes, ont été beaucoup améliorés, et c'est quelque chose pour une maladie encore jeune et mal connue, qui, heureusement, n'est pas d'occurrence quotidienne.

Québec, 59 Ste-Ursule.

BIBLIOGRAPHIE

Oppenheim.—Ueber allgemeine und lokalisierte Atonie der Muskulatur (l. yatonie) in frühen Kindesalter (Monat. F. Psych. u. Neurol 1900 VIII, 37).

Oppenheim.—Ueber einem Fall von Myatonia congenita (Berl. klin Wochen, 7 mars 1904).

Spiller.—General or localized hypotonia of the muscles in childhood (myatonia congenita) (University of Pensylvania, Med. Bull., janvier 1905).

Berti.—Contribuzione all atonia musculare congenita di Oppenheim (La Pediatria, février 1905).

Kundt.—Thèse de Leipsig 1905. Ueber Myatonia congenita.

Jovanne.—Contributo clinico allo studio dei atonia musculare congenita di Oppenheim (La Pediatria, mars 1906).

Sorigente.—Due casi di atonia musculare congenita di Oppenheim (La Pediatria, mai 1906).

Cattaneo.—Sulle parilisi dei neonati a sulla myatonia di Oppenheim (Clinica moderna, juin 1905).

Rosenberg.—Ueber Myatonia congenita (Deut. Zeits. f. Nervenheilk. 1906, XXXI. 1-2 p. 130).

Comby.—Archives de médecine des enfants, (sept. 1906).

Tobler.—Sur la mya' nie congénitale d'Oppenheim (Jahrbuch für Kinderheilk, 1907).

Bing.—Ueber atonische Zustände der kindlichen Muskulatur (Med. Klinik, janvier 1907).

Beaudoin.—La myatonie congénitale (Maladie d'Oppenheim) Semaine médicale, 22 mai 1907).

Carey Combes.—British Med. journal, juin 1907).

Variot.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907).

Devillers.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907.

Comby.—Société de Pédiatrie de Paris, octobre 1907.

Leclerc.—Un nouveau cas d'atonie musculaire congénitale, (Gaz. des Hôpitaux 1907).

Ausset.—Sur un cas d'atonie musculaire congénitale (La Pédiatrie, mars 1908).

Comby.—Traité des maladies de l'enfance. (Page 755).



DIAGNOSTIC PRÉCOCE DES TUMEURS BLANCHES

L'importance du diagnostic précoce d'une ostéo-arthrite tuberculeuse est incontestable ; l'application d'un traitement réellement curatif en dépend. Il est regrettable de faire chaque jour, dans les consultations d'hôpital et même de la ville, la triste constatation de la lenteur d'un diagnostic, et par suite des désastres thérapeutiques qui en sont la conséquence funeste.

Considérant la question du diagnostic précoce des tuberculoses articulaires comme une chose capitale pour le médecin et le malade, nous avons cru utile de repasser brièvement les moyens cliniques à l'aide desquels on peut reconnaître ces différentes affections dès leur début, alors qu'un traitement d'application facile et d'efficacité reconnue est à la portée de tout praticien.

I *Interrogatoire.*—Il sera précis et serré, afin de ne rien perdre du bénéfice de cette méthode d'investigation qui parfois, à elle seule, suffit pour acquérir une forte présomption. Il faut insister sur le début de l'affection, lequel est le plus souvent

insidieux et obscur, sans caractères bien définis, et qui passera aisément inaperçu, si on n'apporte une attention soutenue à la recherche des premières manifestations du mal en apparence négligeables et peu importantes, parce que minimes et instables.

C'est là que le praticien tombe dans le piège. Des parents soucieux lui montrent un enfant dont la santé générale est bonne, mais qui se plaint d'un peu de faiblesse dans un membre ou d'une gêne articulaire. Ces troubles n'apparaissent au début qu'après usage du membre, à la suite d'exercices et de courses, de promenades prolongées, et ils disparaissent pendant le repos. L'enfant ne souffre pas, ne ressent aucune douleur, mais le soir, il éprouve plus de fatigue que d'habitude, il traîne l'aile; parfois il quitte le jeu pour aller se reposer. Cette fatigue n'est pas régulière, et l'intermittence qu'elle manifeste peut varier d'une à plusieurs semaines.

A une période un peu plus avancée, l'enfant perd l'adresse de son membre, et si la lésion a pour siège une articulation du membre inférieur, la claudication commence; puis surviennent les douleurs articulaires qui généralement apparaissent le soir pour disparaître sous l'influence du repos.

En retraçant bien les antécédents héréditaires directs et collatéraux et les antécédents personnels, on peut être amené à découvrir une ou des lésions bacillaires; il arrive également qu'on apprenne que c'est quelques mois après une rougeole ou une coqueluche que l'enfant a commencé à boiter: tous indices précieux pour qualifier la nature d'une lésion encore mal définie et dont les premières phases se déroulent avec des allures si peu vives qu'elles ne se révèlent qu'à des sens avertis et exercés.

II *Examen.*—L'examen direct représente le second ordre des moyens nécessaires à la justesse du diagnostic. Il faut prendre pour règle de faire déshabiller les malades et d'exa-

miner les membres nus de leur racine à leur extrémité, après les avoir placés symétriquement sur un plan horizontal dur. Se départir de cette règle, c'est s'exposer à une erreur grave dans ses conséquences. Qu'on ne craigne pas d'accorder tout le temps que réclame l'examen pour arriver à la connaissance précise de la vérité.

1° Un premier coup d'œil révélera quelquefois une différence de volume entre les deux membres et même un commencement de déformation articulaire. L'atrophie des muscles périarticulaires est un fait constant dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, mais elle est parfois masquée par un épaissement de la peau qui l'accompagne. On se rend facilement compte de cet épaissement en pinçant la peau de chaque membre, et si le pli cutané est sensiblement plus épais du côté suspect que de l'autre, il y a atrophie, dit Calot. La palpation comparée des membres nous renseigne sur l'atrophie des muscles, car ceux-ci pris à pleine main sont plus fermes et plus consistants du côté sain que du côté malade. La mensuration comparative de la circonférence des membres indiquera le degré d'atrophie.

2° On passe à l'exploration de la mobilité de l'articulation en demandant au malade d'exécuter lui-même les plus larges mouvements de la jointure en commençant par la jointure saine ; puis on se reporte à la jointure supposée malade, et, si le champ des mouvements est moins étendu, on a obtenu un nouveau renseignement qui ne manque pas d'importance et sera complété par l'étude des mouvements communiqués ou passifs. Après avoir ainsi constaté l'étendue des mouvements des deux côtés, n'ayons pas peur de recommencer cet examen comparatif, jusqu'à ce qu'on puisse apprécier exactement ce qui est perdu,

c'est-à-dire le degré de contracture musculaire qui empêche ou diminue les mouvements.

3° L'examen des parties constituantes de l'article fera l'objet d'une attention particulière, se reportant tout à tour sur la synoviale, son contenu et les épiphyses de chaque os. Là où la synoviale est accessible, recherchez d'abord si elle n'est pas modifiée soit dans son relief, soit dans sa consistance et dans son épaisseur. Ces modifications apparaissent au niveau des replis et des culs-de-sac et se manifestent par un effacement des méplats, des creux, et par l'existence d'un épaississement sous-jacent.

Au niveau des culs-de-sac synoviaux, il ne sera pas malaisé de reconnaître la présence d'un liquide ou de fongosités, et cet examen pour le genou sera rendu encore plus facile par la recherche du choc rotulien.

Le degré de sensibilité des épiphyses osseuses s'apprécie avec le pouce ou l'index en exerçant une pression égale sur toutes les surfaces accessibles et en comparant à chaque instant les degrés de réactions accusés par l'enfant. Il ne faut pas trop se fier aux réponses des enfants qui se montrent tantôt braves, tantôt timorés, mais il importe de bien observer leur mimique. Il n'importe pas moins de recommencer cet examen aussi souvent que cela paraîtra utile, de comparer attentivement les deux membres et de répéter l'exploration cinq, huit et dix fois pour qu'il ne reste plus aucun doute, et que l'on puisse établir que la pression en tel point réveille une douleur constante. Cette manière d'agir permettra même dans certains cas de découvrir le foyer initial de l'ostéite, le point de départ de la maladie et de l'infection synoviale.

3° Aux symptômes précédents il faut encore joindre un signe auquel on ne saurait attacher trop d'importance pour le

diagnostic de début: l'existence d'une tumeur ganglionnaire dans le voisinage d'une articulation. Aussi bien les coxalgies sont-elles presque toujours accompagnées d'une masse ganglionnaire dans la fosse iliaque correspondante.

5° Un certain nombre d'autres moyens s'offrent encore au praticien des villes; mais de ceux-là, les uns quelquefois utiles, sont d'un usage trop onéreux, les autres d'ordinaire ne donnent pas assez satisfaction. Nous voulons parler de la radiographie, du cytodiagnostics et des réactions à la tuberculine soit par injection hypodermique, soit par instillation sur la conjonctive oculaire, soit par inoculation intra-dermique (cuti-réaction).

La radiographie ne permet pas de rien apercevoir des lésions de la synoviale ou des lésions osseuses à leur début: il faut excepter toutefois certaines formes de coxalgies à lésions osseuses primitives siégeant fréquemment sur un des bords du col fémoral ou de la tête fémorale ou le rebord cotyloïdien.

Si le cytodiagnostics est possible par l'examen du liquide tiré de la jointure, on obtiendra des présomptions en faveur de la tuberculose du fait de la présence des lymphocytes, mais ce procédé n'est pas à la portée de tous, et il est trop fréquemment infidèle pour le devenir.

L'injection hypodermique de tuberculine, l'ophtalmo-réaction de Calmette et la cuti-réaction, ici comme dans les autres formes de tuberculoses, ne peuvent donner de résultats constants et offrent parfois de réels dangers.

III *Diagnostic différentiel.*—Dans un grand nombre de cas les symptômes cliniques que nous venons d'énumérer sont au complet et nous permettent d'établir un diagnostic à peu près certain, mais il arrive souvent qu'ils ne sont pas d'aperception aussi facile, et il faudra alors passer en revue les lésions susceptibles d'être confondues, puis procéder par élimination.

Certaines périarthrites semblent parfois offrir les apparences d'une lésion articulaire, mais un peu d'attention permettra aisément, dans la plupart des cas de les différencier. La périarthrite la plus commune, que Duplay a décrite il y a quelques années, est celle de l'épaule, et ses caractères sont bien définis. Rarement elle s'accompagne de douleurs spontanées si fréquentes dans l'arthrite bacillaire; les douleurs provoquées par la pression sont localisées dans l'arthrite aux points accessibles de la jointure, tandis que ces points sont tout à fait indolents dans la périarthrite. Dans cette dernière nous trouvons les insertions humérales du deltoïde douloureuses. De même il existe des différences essentielles entre l'une et l'autre lésion au point de vue des douleurs provoquées par les mouvements; dans l'arthrite, tous les mouvements sont douloureux; dans la périarthrite ces mêmes mouvements peuvent se faire sans la moindre douleur jusqu'à une certaine limite toujours constante, la douleur ne commençant à se manifester qu'au-delà de cette limite.

Les douleurs vagues dites de croissance ou de fatigue qui se produisent parfois après une journée de marche ou de labeur pénible disparaissent naturellement par le repos et ne sont jamais accompagnées de douleur à la pression osseuse ni de limitation des mouvements, etc. Il faudra tout de même se méfier d'une douleur de croissance qui persiste ou réapparaît souvent: elle peut, dans bien des cas, être le début d'une ostéoarthrite.

L'entorse, qui est si fréquente, n'est caractérisée ni par des points fongueux, ni par l'épaississement de la synoviale. La recherche des points douloureux tranchera la difficulté et permettra de distinguer la douleur ligamentaire d'avec la douleur osseuse. L'atrophie musculaire et l'épaississement de la peau sont l'apa-

nage des arthrites bacillaires. Il faut bien avoir en mémoire que l'entorse et le traumatisme conduisant souvent à la tuberculose et en sont chez les porteurs du bacille, sinon la cause, du moins l'occasion, de même qu'il importe de remarquer que la tuberculose donne lieu aux entorses chez ceux dont le membre est déjà depuis quelque temps légèrement atteint par la maladie.

Les rhumatismes mono-articulaires sont des raretés, et lorsque par hasard des antécédents rhumatismaux forcent le praticien à instituer un traitement médical, il lui faudra avoir le courage de changer ce diagnostic si l'affection s'est montrée réfractaire aux soins donnés et se prolonge. Notre expérience, encore peu étendue il est vrai, nous a pourtant démontré sur ce point, de trop nombreuses erreurs, d'où découlent les plus fâcheuses conséquences thérapeutiques.

Le *rhumatisme tuberculeux de Poucet* a été l'objet de nombreuses discussions en ces derniers temps. Nous accepterons les théories du maître de Lyon lorsqu'elles auront conquis un plus grand nombre d'adeptes.

L'*arthrite gonococcique* sous ses trois formes, c'est-à-dire arthralgique, séreuse et suppurée, est souvent prise pour de la tuberculose. L'*hydarthrose blennorrhagique* du genou est la manifestation articulaire la plus fréquente de l'infection par le gonocoque. L'*arthrite blennorrhagique* s'accompagne de douleurs très vives et les plus violentes qu'on rencontre dans les arthrites. Son évolution est d'une lenteur désespérante et ses tendances à l'ankylose considérables. Un examen attentif des organes génitaux, décèlera un écoulement urétral chez l'homme et un écoulement vaginal chez la femme.

L'*hydarthrose essentielle* id'opathique, contestée aujourd'hui par de nombreux cliniciens, conserve encore des adeptes

qui croient la reconnaître par l'examen local en l'absence de commémoratifs, de douleurs osseuses, etc. Il faut réserver le diagnostic.

Les *arthropathies syphilitiques* sont caractérisées par un épanchement séreux qui distend la synoviale, ou par des produits scléro-gommeux qui se déposent sur l'os ou dans les tissus sous-séreux. La première forme se rapproche de l'hydarthrose simple et ne rappelle en rien les altérations de l'arthrite tuberculeuse ; la seconde forme, désignée parfois sous la dénomination de tumeur blanche syphilitique, diffère de la tumeur blanche vraie par sa résistance, sa dureté, par l'absence de lésions dans la séreuse proprement dite et par la coexistence d'accidents syphilitiques tertiaires.

L'*ostéo-sarcôme* est juxta-articulaire ; il respecte généralement l'articulation et s'accompagne de douleurs intenses non calmées par le repos et l'immobilisation. Ses caractères macroscopiques si bien marqués dans bon nombre de cas permettent de le reconnaître sans grande cause d'erreur.

Les débuts à grands fracas, à phénomènes généraux graves presque typhiques, sont le propre des *ostéomyélites aiguës*.

Les *arthropathies chez les hémophiles*, fréquentes parmi les Anglo-Saxons, sont assez rares dans nos contrées pour qu'on soit dispensé d'en faire une recherche spéciale. En tout cas, l'absence de caractères particuliers excuserait une erreur de diagnostic.

Les *hydarthroses tabétiques* sont faciles à diagnostiquer. Elles débutent froidement et brusquement par une tuméfaction générale du membre. Trois signes caractérisent ces lésions : craquements articulaires, déformation complète de l'articulation et mouvements anormaux qu'on peut faire subir à la jointure sans la moindre douleur et qui peuvent aller jusqu'à la dislocation, (jambe de polichinelle).

DR. ACHILLE PAQUET.

LE CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Le congrès international de la tuberculose s'est réuni cette année à Washington. L'endroit était particulièrement bien choisi. Une ville propre, coquette, tranquille, avec un air de gravité, d'étude, de savoir ; des rues larges, reluisantes sous le nettoyage quotidien, encadrées de belles résidences de rentiers, de somptueux édifices publics en marbre blanc, d'un style pur, objet d'art peut-être un peu récent, et bordées de grands arbres qui semblent s'admirer ; ici et là des parcs magnifiques, ombragés de platanes bien taillés, sans doute pour donner à la sève printannière une poussée plus vigoureuse, et d'essences rares, de tous les pays, étiquetées avec soin pour qu'on ne s'y trompe pas ; et pardessus tout cela un ciel sans nuages qu'aucune usine n'a le droit d'obscurcir de ses scories et de ses fumées ; partout enfin une atmosphère de repos, de recueillement que ne trouble même pas un peu actif commerce local, voilà Washington.

Une ville où l'on pense, appelée à devenir l'une des plus belles du monde, pleine de richesses et d'objets d'art, au milieu desquels se détache, hors pair, la splendide bibliothèque, une pure merveille ; et pour tout citoyen américain, une ville de souvenirs, de pèlerinages que la grande figure de Washington domine de toute la hauteur de son obélisque. C'est là que l'on sent réellement vibrer l'âme américaine, fière, conquérante, surtout patriote.

Cependant, ces choses, je ne l'ignore pas, sont l'« en dehors », n'ont rien à voir avec le congrès, et ce n'est pas pour elles que plusieurs milliers de médecins ont fait le voyage à la capitale. C'est tout de même aussi, l'une des raisons pour lesquelles il m'a fait plaisir de dire aux lecteurs du Bulletin les

impressions d'un sauvage au congrès de la tuberculose. Ce congrès qui tenait ses séances au Musée National, temple grec, en marbre blanc, encore inachevé, manquait quelque peu de tenue; on y en entraît comme dans un moulin.

Les différentes sections étaient dispersées dans cet immense édifice qu'occupait presque entièrement une remarquable exposition de toutes les choses relatives à la tuberculose, étude, prophylaxie et traitement. Et c'était plaisir à voir la foule examiner avec intérêt les innombrables exhibits, interroger les démonstrateurs et chercher à s'assimiler quelque chose, de ce qu'est, à l'heure actuelle, la lutte contre la peste blanche. Les Etats de Massachusetts et New-York avaient peut-être la meilleure exposition. Naturellement les différents sanatoria n'ont pas perdu une aussi belle occasion de faire une petite manifestation, un petit bout de réclame, même de frapper un grand coup, si possible, au moment où la vogue fléchit et l'importance disparaît. A cet égard on ne peut pas faire mieux; et c'était pour tous un régal des yeux que de parcourir les petits villages en carton peint, les plateaux des Adirondacks ou des Montagnes Rocheuses en papier mâché sur lesquels de minuscules constructions s'élevaient au milieu de beaux arbres, respirant la salubrité, la bonne santé, très attirants. Sous ce rapport l'installation du Colorado, à mon sens, mérite le diplôme d'honneur, avec ses petits chalets bien aménagés, chauffés à l'eau, éclairés à l'électricité et portant au frontispice une lumière rouge que le malade peut à volonté faire briller, signal pour le médecin de venir immédiatement.

Le sanatorium a pourtant perdu beaucoup de terrain; il ne s'impose plus comme le seul, le vrai, l'unique moyen de lutte contre la tuberculose. On en est bien revenu de l'exagération allemande. Aujourd'hui la question se pose tout autrement.

La lutte contre cette plaie sociale doit être, avant tout, prophylactique; empêcher les malades de contagionner. L'entourage; faire disparaître dans la mesure du possible les causes adjuvantes et déterminantes de la tuberculose par une plus juste application des lois de l'hygiène, une large distribution d'air et de lumière, dans les usines, les habitations, les collèges, les ateliers; faire généraliser les exercices en plein air, dans les couvents, collèges, écoles, et surtout enseigner l'hygiène en rapport avec la défense contre la tuberculose.

Le congrès a même pensé qu'il était désirable que la déclaration de la tuberculose fut obligatoire, stipulant par là un impérieux devoir auquel l'État ne peut se dérober.

Mais la prophylaxie n'est pas tout, il y a aussi les malades, et Dieu sait si le nombre des tuberculeux est grand dans les villes populeuses et ouvrières.

Il ne peut pas être question de loger tous les tuberculeux dans des sanatoria pour une infinité de bonnes raisons qu'il est fastidieux d'énumérer. Que faire alors, de général, de réfléchir qui puisse être applicable au plus grand nombre de nécessiteux minés, épuisés par la tuberculose? Le congrès a émis le vœu de la création d'hospices pour les cas, avancés et de dispensaires pour les individus encore peu atteints. Dans ces dispensaires, les malades non seulement seraient soignés gratuitement, mais apprendraient à n'être pas dangereux pour la collectivité qu'ils fréquentent, pour la famille dans laquelle se passeront les longs mois, peut-être les longues années, de leur lutte contre l'envahissement bacillaire. Et une fois que leur instruction sera suffisante, qu'ils auront bien saisi le pourquoi, la raison des précautions journallement enseignées, ils deviendront les meilleurs agents de propagande pour la diffusion des connais-

sances de prophylaxie et de traitement parmi la masse des travailleurs qui paient un si lourd tribut à la tuberculose.

Le congrès n'a pas voulu opposer le sanatorium, au dispensaire il a seulement pensé, avec beaucoup de raison, que si les deux moyens de lutte étaient orientés vers un but identique, l'un, le sanatorium, ne pouvait malheureusement s'adresser qu'à un nombre bien restreint d'individus, tandis que le dispensaire était à la portée de tous et de chacun et que son établissement et son fonctionnement régulier était assuré avec un budget de peu d'importance. Toute la question est là. Mais si l'étude de la prophylaxie a passionné les esprits pendant de longues séances, le diagnostic, le traitement, la contagiosité de la tuberculose n'ont pas été ignorés, loin de là. L'ophtalmo et la cuti-réaction ont vu en présence Calmette et Von Picket, Arloing, Courmont et même Detre, de Budapest, qui prétend pouvoir, avec sa réaction, discerner la tuberculose de provenance humaine de la bacillose bovine. Ses expériences n'ont pas entraîné ma conviction, je le regrette pour lui, et je me suis rangé avec la plus grande majorité des congressistes aux côtés de Calmette dont l'ophtalmo réaction a fait ses preuves. En fait de traitement de la tuberculose, on en est resté aux choses acquises; et il n'y eut pas, cette fois, un von Behring annonçant au milieu d'une foule en délire la découverte « du médicament curateur », pétard qui fit dans le temps beaucoup de bruit, mais dont le monde médical n'entendit plus parler depuis la fameuse séance de 1905. Les fervents des opsonines élevèrent bien une timide voix qui n'éveilla d'ailleurs aucun écho. Dans la section chirurgicale, l'enseignement des maîtres de la chirurgie française, allemande et anglaise n'a pas sensiblement varié depuis le dernier congrès. Cette section, que présidait Mayo de Rochester accueillit avec un sourire sceptique bien parisien les nom-

breux inventeurs d'appareils d'immobilisation pour la tuberculose locale, en quête de notoriété et de réclame.

Le Vent est à l'eclectisme en fait de traitement de la tuberculose chirurgicale et la grande autorité de Lannelongue pèse encore beaucoup sur les délibérations. Un grand nombre prônent l'extension, d'autres l'emploi d'appareils immobilisateurs, quels qu'ils soient, pourvu que le but soit atteint. L'appareil plâtré réunit cependant la majorité des suffrages à la condition d'être simple et solide.

Mais, sans contredit, c'est l'étude du problème de la dualité de la tuberculose bovine et humaine qui a absorbé l'attention générale, au point qu'on a pu dire, qu'elle avait été le clou du congrès. La haute portée sociale et scientifique de cette question ne fut pas seule pour expliquer la passion qui souvent se fait jour, pendant la longue discussion. L'orgueil national était en jeu et c'est encore pire qu'un orgueil de savant.

L'antagonisme qui avait apparu en 1902 à Londres entre l'école allemande, représentée par le professeur Koch, et l'école française menée au feu par le professeur Arloing et qui avait couvé depuis le congrès de Paris éclata, alors que la discussion mit en présence, Koch d'un côté, Arloing, Landouzy, Calmette, P. Courmont de l'autre. C'était dans l'ordre.

La doctrine française de l'unité soutenue par Ravenel, Woodhead, Beyer des Etats-Unis, par V. Schrötter de Vienne, par Wladiminoff de St-Petersbourg entraîna la quasi unanimité de la section et le professeur Koch ne réunit que deux ou trois Allemands. C'était un désastre pour l'influence allemande d'abord et pour le professeur Koch un rude coup. Il avait d'ailleurs été d'une faiblesse désespérante dans la défense de son opinion, d'aucuns allaient jusqu'à dire de mauvaise foi. Il eut été naturel alors que la section fit savoir clairement au public

médical et aux administrations, par un vœu bien précis, qu'elle était l'opinion que l'on devait avoir sur cette question de la transmissibilité de la tuberculose bovine à l'homme. Pourtant, la section termina ses travaux sans conclure et cela en donnant une cruelle entorse aux règlements. Mais cela importait peu, du moment que l'on savait le professeur Koch de son humiliante position. Ce petit tour bien américain ne plut pas à tout le monde et des protestations se firent jour parmi les congressistes et dans les journaux qui, n'ayant rien à ménager, racontèrent l'incident. Le professeur Kock ne peut se vanter d'avoir eu une bonne presse. On le traita de savant officiel, de défenseur des laiteries et des commerçants de viandes allemandes, bref, on mit en fort doute son honorabilité scientifique.

Son hautaine obstination est seule cause des choses désagréables qui furent dites ou écrites et il n'a été sauvé d'un désa. vœu général de la section que par un petit tour de politicien retors.

Cependant, à la dernière séance, les congressistes se resaisirent et votèrent en assemblée générale le vœu présenté par la délégation française.

La mission française, au contraire a, pendant toute la durée du congrès, centralisé l'attention et c'était justice. Elle fit encore une fois triompher la claire doctrine de l'unité et certes ce fut là une vraie victoire française, qui prit, dans les circonstances, l'ampleur d'un triomphe.

Maintenant le congrès, comme ensemble, a-t-il été un succès? Il est difficile de se prononcer bien catégoriquement sur cette question.

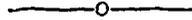
Il est certain que l'organisation interne laissait quelque peu à désirer. Au milieu de cette cohue, de médecins, de la foule des visiteurs qui envahissent journellement le Musée National,

il était difficile de se bien renseigner, même de s'orienter vers les sections qui auraient pu plus particulièrement attirer l'attention, faute d'indications spéciales pour le travail de chaque jour. On avait l'impression qu'une certaine incohérence régnait dans l'organisation générale, et le bureau d'information en particulier n'était pas à la hauteur de sa tâche. Au point de vue purement scientifique, s'il n'a pas été particulièrement brillant, il n'a pas été dénué d'importance et stérile en résultats. Pour bien juger des résultats que l'on peut attendre d'un congrès scientifique, il ne faut pas demander à de semblables réunions ce qu'elles ne peuvent pas donner. On a dit et répété que les congrès, par l'échange des idées, les discussions des opinions diverses, donnaient au monde médical une cohésion, une action d'ensemble pour le plus grand bien des humanitaires, contribuaient à assurer des lettres de créances à une médecine internationale.

La thèse peut être juste,—elle est bien douce d'ailleurs aux cœurs des pacifistes—mais dans une mesure beaucoup moindre qu'on ne l'imagine. C'est une formule purement scolaire de répéter que les congrès scientifiques internationaux quels qu'ils soient préparent une entente universelle. Il ne faut pas perdre de vue que trop souvent, médecins, savants, grands ou petits n'ont en ces rencontres, d'autres préoccupations que de placer leurs marchandises. Et si on se rencontre journellement sur un terrain neutre, on ne se connaît réciproquement que par ses instincts combattifs, par tout ce qui repousse et dissocie. D'ailleurs, celui qui a dit que personne n'est plus indifférent qu'un commis voyageur à l'âme de son client si ce n'est un congressiste aux idées de ses adversaires ou de ses hôtes, n'est pas loin d'avoir exprimé l'impression qu'un Sauvage peut se faire d'un congrès scientifique, surtout de mentalité américaine. Il ne s'en suit

pas que le congrès de Washington n'aie pas eu de résultats heureux ; loin de là. Plusieurs questions ont été mises au point, d'autres ont reçu la sanction de la majorité, l'investiture scientifique ; on a réaffirmé avec force la nécessité de la mise en pratique de certains moyens de lutte contre la tuberculose et donné au pouvoir public, un appui moral considérable ; bref, on a fait œuvre utile. Que manquait-il à ce congrès pour qu'il eut l'éclat, le mouvement, l'importance des congrès européens, peut-être bien que l'influence de l'âme latine ne s'y faisait point suffisamment sentir.

ARTHUR SIMARD.



LE IV^e CONGRÈS MÉDICAL DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Les 20-21-22 Juillet 1908

Le IV^e congrès médical de langue française de l'Amérique du Nord a, du 20 au 22 juillet dernier, réuni plus de trois cents médecins.

Une telle réponse à l'appel de l'association témoigne hautement du crédit que, parmi les membres de notre profession, lui ont acquis les trois autres congrès.

Il n'en résulte pas nécessairement que le dernier a comblé l'attente de tous ses membres. Mais nous pouvons dire tout au moins qu'il a été remarquable, et que l'importance, la variété et le sérieux des travaux, qui y ont été faits, lui ont valu de continuer l'œuvre évidemment profitable de l'association.

Trois grandes questions avaient été mises à l'étude: les infections des voies biliaires, la tuberculose rénale et l'enseignement de l'hygiène dans les écoles. Toutes questions d'un grand intérêt scientifique et pratique, que les recherches et les observations des quelques dix ou vingt dernières années ont renouvelées, ou que les besoins des temps imposent tout particulièrement à l'attention des médecins et du public.

Le docteur Lesage a apporté à l'étude des infections des voies biliaires les ressources d'une érudition qu'une vie laborieuse a déjà rendue considérable, et il a eu le grand mérite de dégager d'une masse imposante de faits documentaires des conclusions toujours rationnelles, nettes et précises.

Son travail est certainement l'un des plus sérieux qui ont été produits devant l'association, et il est au surplus très attachant par le talent d'exposition qu'y a mis l'auteur.

Il appartenait aussi à un chirurgien d'attaquer à son tour cette question des infections biliaires, qui ont valu de beaux triomphes à la chirurgie et ne sont pas sans lui donner des espérances nouvelles. Mais un pareil sujet lui présentait des écueils: il invitait à l'exagération. M. Albert Paquet a su s'en garder, je me plais à le dire, et ce n'est pas une mince éloge à faire d'un chirurgien de son âge.

Il a rempli les cadres d'un travail très méthodique de développements fort justes qui sont la marque d'une instruction théorique solide et qui laissent aussi bien ressortir les aperçus brillants qu'il a faits dans les réalités de la pratique.

La deuxième question mise devant le congrès a été la tuberculose du rein. Là les chirurgiens n'ont pas admis de partage avec les médecins. Pour ma part, je le regrette.

La tuberculose du rein présente des liens si étroits avec les tuberculoses exclusivement médicales; bien plus, elle-même,

dans certaines de ses formes et par diverses localisations associées de la maladie, reste si souvent médicale, qu'elle appartient bien autant à la médecine qu'à la chirurgie.

Mais ce qui désarme ma critique, c'est que, à un point de vue général et au point de vue spécial de la chirurgie, MM. St-Jacques de Montréal et Dagneau de Québec l'ont traitée d'une façon remarquable, dans des rapports de tout premier ordre où l'un expose surtout les caractères anatomiques, les causes, la pathogénie de l'affection et où le deuxième développe les aspects cliniques.

Le docteur St-Jacques, si avantageusement connu déjà de notre public médical par les nombreux articles ou correspondances que depuis quelques années il donne à la Revue, s'est certainement acquis l'un de ses titres les plus légitimes à notre admiration, par ce dernier travail.

De son côté le docteur Dagneau a révélé dans le sien cette mesure, cette clarté, cette précision qui sont ses qualités maîtresses et font de lui, au début de sa carrière, un chirurgien d'un conseil sûr, bien qualifié pour nous conduire à des déterminations sages dans la solution de problèmes aussi délicats que ceux des interventions chirurgicales sur le rein.

Une troisième séance générale du congrès a été consacrée à la vaste question de l'enseignement de l'hygiène dans les écoles.

Il n'est pas de question dans laquelle soit plus intéressé l'avenir d'un pays que dans celle de la diffusion de l'hygiène. Et le professeur Valin de Montréal, dans une étude d'ensemble magnifique de ce sujet, a su faire ressortir comme, par les modifications, la correction des conceptions d'existence vicieuses qu'il entraînerait, bien vite, l'enseignement de l'hygiène dans les écoles serait l'un des moyens les plus efficaces de développement physique et de relèvement moral du peuple.

Avec la chaleur et l'enthousiasme communicatif qui le distinguent, avec cette manière toute personnelle qui dénote qu'il est arrivé à la connaissance des choses, plus encore par son esprit propre d'observation que par ses substantielles lectures, le professeur Brochu de Québec a fait sur le même sujet des considérations justes et fort goûtées ; et il a profité d'une attaque, peut-être plus agressive dans la forme que dans le fond dirigée par le docteur Laurendeau, président de la section d'hygiène, contre l'étroitesse de l'esprit ecclésiastique, pour exalter le caractère du religieux éducateur dont la largeur de vue égale la sagesse et le dévouement.

Tel a été le programme bien rempli et parfaitement exécuté des séances générales du congrès. Un article brillant y a été ajouté qui a été la communication du professeur Knoff, de New-York, sur les moyens les plus efficaces de lutte contre la tuberculose. Le professeur Knoff a remporté au congrès international de Berlin le prix offert à celui qui présenterait le meilleur travail sur cette question. Si j'ajoute qu'il est un parfait diseur, je n'aurai pas à insister davantage pour rendre compte de la faveur avec laquelle les congressistes l'ont accueilli.

Les séances des sections du congrès n'ont pas été aussi brillantes que les réunions générales. Ainsi en chirurgie, à part un beau discours du Président, M. le professeur Marien de Montréal, sur une vingtaine de travaux inscrits au programme, il n'en a été produit qu'un seul. Heureusement ce fut l'œuvre de M. le professeur Ahern, dont toutes les observations reposent sur une science si solide et si étendue qu'on peut dire de lui sans exagération qu'il est l'égal des meilleurs maîtres. Il nous a rapporté le fait curieux d'une grossesse normale dont l'heureuse évolution n'a pu être entravée par la présence d'un volumineux fœtus mort en dehors de l'utérus.

En médecine, les travaux ne faisaient pas défaut. C'est le temps qui a manqué pour le plus grand nombre des communications. Une bonne partie de l'unique séance de cette section a été consacrée à une discussion très animée sur la valeur du sérum antituberculeux de Marmorek, à laquelle ont pris part MM. de Martigny, Guerin, LeSage, de Montréal, Renaud de Paris, Leclerc de Québec, et Knoff de New-York.

Le docteur de Martigny a défendu la cause du sérum avec beaucoup d'éloquence. On ne peut dire qu'il l'ait fait triompher. La chose n'était guère possible : tous les autres étaient contre lui.

Il restait plusieurs articles au programme, lorsque la séance dut être levée..

Il fallait se préparer à l'excursion du lac St-Joseph où les congressistes se rendirent en grand nombre peu fâchés, en apparence du moins, d'avoir été brusquement arrachés à des études scientifiques pour être amenés, dans la compagnie des dames, vers un joli paysage des bois.

Personne n'a dit que cette excursion fut du temps perdu.

Très agréable aussi et empreint de la plus charmante cordialité avait été le dîner, donné la veille, aux chutes Montmorency.. Nous y eûmes entre autres plaisirs, celui de ne pas entendre de discours : ce qui fut au grand avantage de la conversation.

Le soir du premier jour nous avons l'ouverture solennelle du congrès, sous la présidence d'honneur de Sir L. A. Jetté, Lieutenant-gouverneur de Québec. Le Lieutenant-gouverneur avait à ses côtés deux de ses ministres, les Hon. MM. Taschereau et Devlin. La France était représenté par deux délégués spéciaux, M. Frs. Delage : un savant aussi distingué que modeste, simple et charmant, qui mit beaucoup de choses aimables

et délicates en un tout petit discours, et M. Renaud qui, parmi les jeunes médecins français, est un de ceux qui débute le plus brillamment dans la carrière. Le Recteur de l'Université Laval, monseigneur Mathieu vint lui-même, en termes des plus heureux, souhaiter la bienvenue aux congressistes et à leurs hôtes—l'élite de la société quebecquoise et des étrangers éminents qu'avaient attirés les fêtes du troisième centenaire—qui se pressaient dans l'immense « salle des promotions » de l'Université.

Entre les discours remarquables qui furent prononcés dans cette circonstance, il convient de signaler celui du distingué président général, M. le professeur Simard, qui avec une éloquence très applaudie, dans un langage plein de forte conviction et d'un enthousiasme sincère, définit le rôle de l'association et exalta son importance au point de vue scientifique, social et même national.

Après cette séance d'ouverture, une fête eut lieu, dans les salons de l'Université et dans les jardins illuminés du séminaire, qui fut un événement mondain considérable, et marqua, dès le début, le grand soin et le tact avec lesquels toutes choses avaient été ordonnées par les organisateurs du congrès.

Aussi bien l'actif président, M. le professeur Simard et ses collaborateurs les professeurs Grondin, Dussault, Paquet, Dagneau, MM. Leclerc, Edge, Nadeau, ont-ils droit d'être fiers du succès qui a couronné leurs efforts. Ils ont rencontré, dans l'exécution de leur programme, des difficultés exceptionnelles, à cause de la coïncidence, bien voulue d'ailleurs, du congrès et des fêtes du troisième centenaire de Québec.

Si cette coïncidence a pu présenter des avantages, elle n'a pas été sans entraîner d'inévitables inconvénients ; et pour cette raison, comme l'Union médical, je suis d'opinion que les futures

réunions de notre association n'aient pas lieu en même temps que des fêtes publiques.

Nos congrès sont des événements assez importants, pour qu'il soit superflu de mettre à contribution des attractions étrangères, dans le but d'élever le nombre de leurs adhérents, et ils méritent, d'autre part, d'occuper, seuls, pendant quelques jours, l'attention de leurs membres et même celle du grand public.

Ces considérations critiques sur la date du congrès sont du reste bien secondaires et ne tendent nullement à amoindrir l'importance de l'œuvre accomplie qui est, d'après moi, le mieux que nous pouvons faire avec les éléments dont nous disposons actuellement.

ARTHUR ROUSSEAU.



LA RAGE AU CANADA

Par le docteur Adrien Loir



La rage existe-t-elle au Canada ? C'est là une question fort discutée. Lorsque je suis arrivé au Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, tenu à Trois-Rivières, en juin 1906, on m'a dit que cette maladie était inconnue et je n'ai pas lu la communication que j'avais préparée sur le bateau, en lisant dans un journal des États-Unis que, dans ce pays, on mettait encore en question la valeur de la méthode antirabique de Pasteur. Depuis cette époque, je me suis procuré tous les documents possibles sur la rage aux États-Unis et au Canada. En effet ces deux pays voisins doivent s'influencer l'un l'autre

au point de vue des épidémies comme au point de vue des épizooties, car la ligne qui les sépare est toute conventionnelle. Mais ce n'est pas parce que l'on trouve la rage en un point d'un pays que cette maladie doit se propager forcément à tout le reste de la région. Cela peut se produire, seulement il faut des conditions spéciales qui ne sont pas toujours remplies, mais peuvent l'être à un moment quelconque.

D'un autre côté, la présence de la rage est-elle toujours reconnue lorsqu'elle existe dans un pays ?

Loin de là, longtemps son existence a été niée à Constantinople, on donnait même la raison pour laquelle les chiens de cette ville ne peuvent pas avoir la maladie. Sa présence a été niée dans beaucoup de villes d'Orient, où elle se montre cependant.

Lorsque la rage existe dans un pays, elle n'y est pas toujours reconnue, par conséquent, et on ne s'aperçoit de sa présence que le jour où une épidémie violente survient, sous une influence quelconque. C'est ainsi que j'ai dû aller précipitamment en 1902, en Rhodésie, dans l'Afrique du Sud, où j'ai été envoyé par mes maîtres de l'Institut Pasteur de Paris, à la requête de la British South African Co., dont Lord Grey, gouverneur-général du Canada était alors administrateur.

La rage avait été importée à Port Elizabeth, dans la Colonie du Cap, en 1892, par un chien venu d'Angleterre, une épidémie survint et, pendant l'année 1892-1893, il y eut cent-soixante chiens atteints de rage, puis, à la suite de la prise de mesures de police sanitaire très sévères, le foyer semblait éteint et dans tous les documents publiés à cette époque sur l'Afrique du sud vous trouvez que la rage est inconnue. Une épidémie très considérable survint en 1902 en Rhodésie, elle devait couvrir depuis longtemps, car lorsque j'arrivai dans le pays, il y avait de nombreux cas de rage, sur les animaux domestiques et sauvages ainsi que sur l'homme.

Il faut donc toujours se défier d'une épidémie qui a été légère et paraît éteinte, on ne prend plus de précautions et le feu qui couve se rallume un jour, on ne sait souvent pas pourquoi.

Pour que la rage existe dans un pays, il faut qu'elle y ait été importée, car un cas de rage n'est jamais spontané, c'est pour cela que, lorsqu'on se trouve devant un cas de rage, il faut toujours rechercher les commémoratifs du cas. Je ne puis mieux faire pour fixer les idées à ce sujet, que de vous lire une lettre qui m'a été écrite par Pasteur, alors que j'étais directeur de l'Institut Pasteur en Australie. On discutait dans cette grande île où la rage n'existe pas, l'utilité du maintien des quarantaine de six mois imposées à tous les chiens importés, le ministre de l'Agriculture m'avait fait l'honneur de me demander mon avis et j'avais répondu par une lettre que j'avais ensuite soumise à Pasteur.

Voici son avis sur ma réponse et si je la cite, c'est qu'il explique bien que la rage n'est jamais spontanée dans un pays.

Paris, 15 juin, 1891.

« Mon cher Loir,

Tu me demandes ce que je pense de ta réponse du 5 avril dernier au Ministre de l'Agriculture, l'honorable Sydney-Smith, au sujet de la possibilité de l'introduction de la rage en Australie. Tu as parfaitement raison de dire que dans les conditions présentes du voyage en Australie et avec les quarantaines actuelles, il est pratiquement et scientifiquement probable que l'Australie continuera à jouir de son immunité pour cette maladie. Quoiqu'on puisse trouver le contraire dans de vieilles publications, il est certain que la rage n'est jamais spontanée chez les animaux. Les chiens peuvent être placés dans les conditions les plus contraires à leur genre de vie, froid, chaleur, nourriture aucun ne deviendra hydrophobe.

« La rage, en dernière analyse, est toujours le résultat de la morsure d'un chien enragé. Il serait oiseux de discuter la question de savoir d'où vient le premier animal affecté : la science est incapable de résoudre la question de l'origine et de la fin des choses. Il est très probable, comme tu le dis dans ta lettre au Ministre, qu'un chien partant d'Europe après avoir été mordu par un animal enragé, mourra pendant le voyage ou pendant la quarantaine qui lui est imposée en arrivant en Australie : ainsi le veut la période d'incubation. Cette règle n'est pourtant pas absolue ; la science signale des périodes d'incubation de la

rage d'une année, même de deux ans et quelques mois, mais ce sont là des exceptions très extraordinaires. Je crois même que nous n'avons aucune preuve certaine à ce sujet pour la race canine ; on peut en citer peut-être un ou deux exemples dans la race humaine.

« L. PASTEUR »

Nous pouvons ajouter qu'après discussion au Parlement les quarantaines de six mois pour les chiens ont été maintenues et considérées comme nécessaires.

Dans la province de Québec, il est donc admis que la rage n'existe pas, cependant de temps en temps on trouve des cas de rage qui semblent isolés et en étudiant l'histoire de ces animaux on ne retrouve pas de morsures dans les antécédants. Aux Etats-Unis la rage existe, il y a des Instituts Antirabiques à New-York, à Chicago, à Ann Arbor. Pourtant la rage semble présenter des particularités du même genre.

En Août 1906, j'ai assisté au Congrès de l'association des vétérinaires Américains qui se tenait à New-Haven, on m'a demandé de faire une conférence sur la rage; à la suite de laquelle une longue série de questions me furent posées, voici le compte rendu sténographique d'une partie de la discussion qu'a suivi cette communication.

Dr Harger.— Souvent nous rencontrons la rage sous la forme épizootique. J'ai vu cinq à six cas provenant d'un seul cas. Puis il n'y a plus un seul cas pendant des mois. Un homme amène son chien qui présente des symptômes de la maladie. Vous lui posez toutes les questions, s'il a été avec d'autres chiens, s'il a été se promener seul, et souvent l'homme jure que son chien a toujours été avec lui, qu'il n'est jamais sorti et malgré cela le chien meurt avec tous les symptômes de la rage typique, et lorsque le cerveau est examiné le diagnostic est confirmé par l'expérimentation.

Souvent ces assurances sont données par des propriétaires de chiens qui sont des gens honorables dont on ne peut douter et ils assurent que leur chien n'a jamais été mordu et cependant la rage est là. N'existe-t-il pas un autre mode de contagion que nous ne connaissons pas. Je me pose souvent la question?

Dr Loir.— Connaissez-vous des cas comme ceux-ci, dans

lesquels la rage a été prouvée expérimentalement, moi je n'en connais pas.

Dr Karger.— Je veux parler de cas dans lesquels l'examen du cerveau a été fait et la rage prouvée par l'expérimentation.

Dr Loir.— Je ne connais pas de cas de ce genre. Je ne sais pas ce que vous avez aux États-Unis, mais j'ai vu un cas semblable au Canada. Seulement l'examen du cerceau n'a pas été fait et par conséquent la rage n'est pas prouvée. On ne trouve pas de morsure dans les commémoratifs et le cas semble bien être de la rage, l'homme mordu par ce chien suspect a été envoyé à l'Institut antirabique de New-York. Dans un cas semblable, il faudrait toujours mettre le bulbe dans un flacon contenant de la glycérine et l'envoyer à un laboratoire pour permettre de faire des inoculations de contrôle.

Voici une autre observation qui vient de m'être envoyée par le Dr Hendreu, 181 Laurel Av. Arlington N. J., États-Unis.

Dr A. Loir, Ottawa,

Cher Docteur,

Voici le rapport clinique du cas particulier dont je vous ai parlé à New-Haven et que j'avais promis de vous en voyer.

Le 15 juin 1906, je suis appelé pour voir un bull-terrier âgé de deux ans. L'animal est très excité, il a une expression sauvage dans les yeux. Il ne peut rester en repos, le pharynx est paralysé et il a une paralysie partielle des masséter, la bouche est toujours partiellement ouverte, il est incapable de la fermer. Il a soif, il happe l'eau avec avidité, mais sans réduire la quantité d'eau dans le plat dans lequel il boit.

16 juin.— L'excitation n'existe presque plus, mais la paralysie s'étend aux extenseurs des jambes de devant de sorte que l'animal tombe lorsqu'il cherche à se lever.

17 juin.— Plus d'excitation, dépression. Paralysie totale des pattes de devant, l'animal lorsqu'il se tient sur ses jambes de derrière est sur son sternum avec ses jambes de devant repliées sous lui le long de l'abdomen.

18 juin.— Tous les muscles du corps sont paralysés, la paralysie semble totale. Il avait sa connaissance car ses yeux remuent lorsqu'on lui parle, mais il ne peut plus ni remuer la queue, ni lever les oreilles. Il est très déprimé. On le tue, mais le propriétaire ne permet pas l'autopsie.

Diagnostic : Rage? Si non, quel est-il?

Dans les commémoratifs, pas de morsure.

J'espère que ce rapport pourra vous aider un peu à découvrir le mystère de ces cas que nous croyons souvent être de la rage.

Votre

Signé: S. G. HENDREU

Il y a là un point obscur à élucider aux États-Unis. A Québec donc on parle de la rage de temps en temps, il y a, semble-t-il, des cas isolés.

M. le docteur Ahern, professeur à l'Université Laval de Québec me montrait dernièrement dans la cathédrale anglicane de Québec le tombeau du duc de Richemond, gouverneur du Canada, mort de la rage le 18 août 1818.

M. Duchêne, vétérinaire à Québec, n'a jamais vu de cas de rage, mais en entend parler de temps en temps dans la campagne.

M. Couture, vétérinaire à Québec, est du même avis.

M. Gingras, vétérinaire à Lévis (Québec), assure qu'il a vu, il y a cinq ans, un cas véritable de rage. Le chien dont il s'agit avait la voix rabique et se précipitait sur tous les objets pour les mordre.

J'ai été moi-même à Québec, en août dernier, pour faire une enquête au sujet d'un cas supposé de rage survenu dans cette ville à la fin du mois de juin. Un homme de vingt cinq ans environ, M. V... avait été envoyé au commencement de juillet par MM. Gosselin et le professeur Ahern de Québec, à l'Institut-Pasteur de New-York, pour y subir un traitement anti-rabique. Il avait été mordu par son chien. Cet animal était âgé de quatre mois, il vivait dans le magasin de son maître et on n'a jamais remarqué qu'il ait été mordu.

Dans la lettre ci-jointe, M. V... donne l'observation de son cas. L'animal, pendant ses accès, a été vu par M. Vincent de Beauport qui me dit que ce chien avait les mêmes symptômes qu'un autre animal tué devant lui par un vétérinaire, dix ans auparavant, avec le diagnostic de rage.

M. le professeur Ahern n'a jamais vu lui-même de cas de rage au pays, mais il entend parler, de temps en temps, d'un cas

de cette maladie dans la province. M. le Dr Gosselin croit à l'existence de la rage dans la province de Québec. Avec MM. Ahern et Gosselin, je trouve le cas de M. V... douteux, et, si j'avais été consulté, j'aurais, mois aussi, envoyé M. V... à New-York subir le traitement préventif. Voici la lettre :

Québec, 7 Août 1906 .

M. A. Loir.—En réponse à votre lettre que j'ai reçu le 6, me disant que je vous ferais plaisir en vous donnant des détails sur mon cas. Voici : je suis parti de chez moi avec mon chien le 1er juillet, pour aller à Beauport, qui se trouve à un mille et demi de chez moi. Ce chien n'avait pas mangé, ni bu, il faisait très chaud. Tout à coup, comme j'arrivais là-bas, il part en hurlant et en jasant, la bave à la gueule, je suis venu à bout de l'empoigner et je l'ai attaché. Il cherchait à mordre partout, je me suis mis à l'abri de sa gueule, mais il m'a mordu au moment où je répondais à des hommes qui me disaient qu'il était enragé. Il m'a mordu le deuxième doigt de la main droite. J'ai voulu le faire boire, ce qui a été impossible, il jappait et lorsqu'il vint au bord de l'eau c'était comme si l'autre partie du corps avait été morte. Je l'ai sorti et il a continué la même chose à mordre partout. Je l'ai attaché à un arbre puis on m'a engagé à le tuer et je l'ai assommé avec une barre de fer.

A mon retour j'ai été voir le Dr Gosselin qui m'a brûlé avec un fer rouge et un acide fumant, environ trois heures et demie après la morsure.

Les Drs Gosselin et Ahern m'ont conseillé d'aller à New-York. J'ai passé dix-huit jours en traitement à New-York, et je suis toujours en bonne santé, comme autrefois.

Signé : V...., Québec.

Le cadavre a été détruit sans autopsie.

J'ai fait aussi une enquête sur un autre cas suspect.

Voici l'histoire de ce cas :

Un chien danois de sept mois venant de Montréal sud et qui est à Lévis (Québec), depuis quatre mois, est entré chez M. G., s'est mis dans un coin après avoir parcouru le magasin comme un fou. Puis a été repris d'un nouvel accès. Puis a été repris d'un nouvel accès, s'est précipité dans l'arrière-boutique et toujours courant est sorti dans la rue. Il s'est alors précipité dans le magasin de M. B. . qu'il a traversé et, après en

être sorti, il s'est réfugié dans la cave de M. Louis P. . ou il a été tué d'un coup de fusil.

Ce chien était doux d'ordinaire et n'avait jamais eu d'attaque d'aucune sorte.

Il n'a mordu personne pendant ses accès.

Il n'aurait jamais été mordu et a toujours été surveillé. Le cadavre a été détruit sans autopsie.

Tout autour du Canada la rage existerait.

Aux Etats-Unis elle est endémique partout avons-nous dit.

Au Nord du Dominion on en a signalé des cas, paraît-il sur les chieus des Esquimaux.

Voyons ce qui se passe dans l'Ouest du Canada.

Voici ce que je trouve dans le rapport, pour 1905, du DR. J.-G. Rutherford, vétérinaire Directeur Général de la santé des animaux du Dominion du Canada :

Ce rapport est daté : Ottawa, 31 mars 1908.

RACE.—Une épidémie de rage a été constatée en mars 1905 à North Portal (Assa). la maladie a été importée du Dakota du Nord, où elle existe depuis plusieurs années. En général, il faut accepter avec circonspection les rapports qui constatent l'existence de la rage, mais dans ce cas, il semble certain que deux animaux en sont morts, quoique le diagnostic n'ait pas été fait expérimentalement. Les animaux suspects, ainsi qu'un grand nombre de chiens errants ont été tués, tandis que les autres chiens de la contrée ont tous été musclés.

Aucun autre cas ne s'est manifesté dans le district jusqu'au mois de juillet, lorsqu'une nouvelle épidémie a été signalée à Oxbow. Dans ce cas, un chien fut détruit par notre inspecteur et onze autres furent tués par les propriétaires. Une ordonnance du département fut envoyée au commissaire de la R. N. W. M. Police à Régina, en lui laissant la latitude de la mettre en action, mais il ne crut pas nécessaire de l'appliquer.

Depuis cette époque plusieurs rapports ont été reçus de la même région et de ses environs et de nombreuses contrées sont maintenant en quarantaine. La persistance de ces cas est très inquiétante, et je pense qu'il y a peu de doute que ces cas doivent être attribués à la rage, Quoique heureusement peu de dommages aient été occasionnés jusqu'à présent, cette condition des choses est peu agréable. Des instructions ont été

données pour envoyer les produits nécessaires à l'inspection dans les cas douteux, de façon à ce que, grâce au diagnostic expérimental, on puisse se rendre compte avec sûreté de la nature de la maladie.

Une certaine anxiété a été occasionnée à London, Ont., par l'apparition de la rage au mois de juin. Un petit chien avait mordu un enfant et l'enfant et le chien furent amenés de suite à New-York, le département fut donc dans l'impossibilité de vérifier le diagnostic.

Pour arrêter toute épidémie possible, deux inspecteurs furent envoyés pour assister les autorités de la ville et le conseil sanitaire local. De nombreux chiens furent examinés, plusieurs avaient mordu des êtres humains et furent mis en quarantaine. Jusqu'à ce jour, aucun cas de rage ne s'est déclaré, ce qui est étonnant car le premier chien a été reconnu enragé, sans aucun doute, à la suite de l'examen fait par l'Institut Pasteur de New-York.

La chose la plus étrange constatée par les inspecteurs du département à London, a été la constatation qu'un grand nombre de personnes ont été mordues par des chiens pendant une très courte période. Beaucoup de nos cités du Canada sont simplement envahies par des chiens errants sans utilité, qui en ce moment constituent déjà un désagrément considérable pour les habitants, et qui, en cas d'une épidémie de rage, seraient un grand danger pour la santé publique. En songeant à cette possibilité, je pense qu'il faudrait employer les moyens nécessaires pour faire comprendre aux autorités municipales l'utilité d'accroître la taxe sur les chiens.

Comme il n'existait pas de règlements au sujet de la rage, un ordre en conseil fut publié le 10 août 1905.

Le Dr. Brice, ancien président du Conseil de santé de l'Ontario, vient de me dire qu'il y a quatre ans, des cas de rage se sont produits à London, Ontario, que les inoculations ont été faites avec le cerveau d'un chien et que le résultat a été positif. La rage existait donc à cette époque dans la province d'Ontario.

Le Dr. Bell, professeur de l'École de Médecine de Winnipeg, bactériologiste de la province du Manitoba a été au commencement de l'année 1905, subir le traitement antirabique à l'Institut du Dr. F.-J. Novi de l'Université de Michigan à Ann Arbor.

Il avait été infecté par un chien importé des Etats-Unis et

pris de rage dans la Saskatchewan. Le bulbe rachidien de ce chien inoculé à un lapin fit mourir cet animal de la rage après vingt et un jours d'incubation.

On cite des cas de rage dans la campagne de différents côtés et plusieurs individus vont chaque année se faire traiter de la rage dans les Instituts Pasteur des Etats-Unis, soit à New-York, soit à Chicago, soit à l'Université de l'Etat de Michigan. A Chicago, où je passais l'autre jour, la dernière statistique publiée donne six personnes venues se faire traiter de la rage ayant été mordues au Canada.

Voici maintenant l'observation d'un homme, mort le 1er Janvier 1905, et que je prie les cliniciens présents de vouloir bien écouter et discuter au besoin.

Je dois l'observation suivante au DR Higgins d'Ottawa.

OBSERVATIONS DE RAGE SUR UN HOMME

Provincial Royal Jubilee Hospital,

Victoria B. C., 20 janvier 1905.

Dr Higgins, Ottawa,

Cher Monsieur,

Je vous demande pardon de ne vous avoir pas répondu plus vite à votre lettre du 5, mais je voulais vous envoyer un rapport complet du cas en question. Je regrette que les amis du mort n'ont pas permis de faire une autopsie. Voici l'histoire telle que je puis la reconstituer d'après mes notes prises au moment. J'espère que cela pourra vous être utile.

J'ai vu un autre cas de rage en Angleterre lorsque j'étais étudiant et, sous beaucoup de rapports, ce cas lui ressemblait.

Votre

Edward HASELL, M. R. C. S. Esq.

ANTÉCÉDENTS

Il y a trois mois, le malade âgé de quarante à cinquante ans fut mordu par un loup qui s'était sauvé étant enchaîné. Ce loup était apprivoisé et était enchaîné à la station de police de white-horse dans le Yukon.

L'homme et sa femme étaient au lit, ils entendirent leur petit chien faire beaucoup de bruit derrière la maison. L'homme ouvrit la porte et vint sur le porche, et fut tout à coup attaqué. Les doigts d'une main furent mordus et la paume de l'autre, mordue en trois endroits.

Les morsures furent cautérisées et pansées tous les deux jours jusqu'à guérison. Au moment de l'entrée à l'hôpital, une seule mordure à la paume de la main présentait des signes d'inflammation.

Il y a environ huit semaines, il vint à Victoria où il habitait, il pouvait se servir un peu de sa main et semblait bien physiquement, cependant il songeait beaucoup à sa morsure et craignait la rage, il devint morose et se mit à boire. Il ne buvait pas avant cette époque, il était un bon et honnête travailleur, comme charpentier.

HISTOIRE DES ATTAQUES

Trois jours avant son admission, il devint nerveux et se plaignait de beaucoup de fourmillement dans les mains, il se plaignait aussi de l'impossibilité où il était de diriger les mouvements de ses mains et il avait des insomnies. Le matin du jour qui précéda l'admission, il eut de grandes difficultés à avaler. Un médecin fut demandé pour venir le voir.

CONDITION AU MOMENT DE L'ADMISSION

Le malade entre dans le service du Dr Frank Hall, dans une chambre privée de l'hôpital, il était accompagné par sa femme, il était entré à huit ou neuf heures du soir le samedi soir, 31 décembre 1904. Il était très nerveux, sa face était œdématisée et très rouge, ses yeux injectés et ses pupilles très dilatées. Il avait toute sa lucidité d'esprit et apparemment, toute sa raison, parlant et répondant aux questions pendant les intervalles de ses crises. Il avait du hoquet, crachait constamment et paraissait suffoquer. Un bruit soudain, un mouvement brusque, ou un simple attouchement provoquait un spasme qui semblait surtout atteindre les muscles du cou et de la gorge. Il suppliait qu'on ne le laissât pas seul, semblait se calmer lorsqu'on lui disait qu'il allait avoir une garde-malade spéciale. Il demandait aussi à ce qu'on lui donnât quelque chose pour le faire dormir, car disait-il, il n'avait pas dormi depuis trois nuits. Deux fois, il eut, au moment d'un spasme très violent, une contraction spasmodique de la jambe droite. De temps en temps, en cherchant à rejeter la salive et le mucus qu'il avait dans la gorge, il vomit un peu d'un liquide clair. Son pouls était très rapide, faible et compressible, il montait à 120. Il avait les extrémités très froides et bleues et la peau baignée avec une

transpiration froide. En essayant de prendre sa température, sous l'aisselle soit dans le rectum, on produisit des spasmes si violents qu'il fut impossible d'y arriver.

On le mit au lit avec des bouteilles d'eau chaude autour de lui on lui fit prendre du lait par le tube stomacal car il se plaignait d'une grande soif, depuis vingt-quatre heures avant son arrivée à l'hôpital on l'alimentait de cette façon. Il donnait l'impression d'une personne sous l'influence d'une grande terreur et, de temps en temps, il ne voulait conserver auprès de lui que sa femme. Pendant ses accès, il pleurait et couvrait le lit de crachats, cherchant à dégager sa gorge qui le gênait. Il semblait conscient de sa situation et demandait pardon constamment, faisant de grands efforts pour se contrôler. A 9 heures du soir, après une grande résistance de sa part on lui fit une injection de morphine, une heure après on lui donna encore du bromure de potassium et du chloral par le tube stomacal. Tout ceci sans aucun effet sur les spasmes ou les autres symptômes : il continue à manquer de respiration et à cracher constamment. A 11 heures, après un spasme, il devient moins lucide et, dans l'intervalle des accès de délire, il est difficile de lui faire comprendre ce que l'on désire, puis il commence à parler constamment et sans intelligence. A minuit, on lui donne une seconde dose de bromure et de chloral par le rectum.

Le pouls, depuis huit heures du soir était graduellement devenu plus faible, les contractions et les mouvements du corps sont plus lents, les yeux roulent dans l'orbite, il a le hoquet, mais ne peut plus cracher. Il essaie de parler. A minuit trente, le cœur est faible, on lui donne du brandy et une dose de strophanthus, mais sans résultat apparent, à minuit trente-cinq il a un très violent spasme et le cœur cesse de battre.

La température prise à ce moment est de 104-4.

Les points d'intérêt dans ce cas sont :

La morsure a été faite par un loup. Osler dit que 40 p. 100 des personnes mordues par des loups ont l'hydrophobie.

La longue période qui s'étend entre la morsure et les symptômes. Près de trois mois

La difficulté d'avaler ne commençant que deux jours avant la mort.

La presque complète absence de convulsions générales et de délire aigu.

L'arrivée rapide de la faiblesse du cœur.

Je regrette de n'avoir pas pu faire l'autopsie et aussi de

n'avoir pu observer le patient que pendant trois heures et demie à quatre heures.

Signé : E. HAZELL.

Je crois que le diagnostic de rage s'impose après la lecture de cette observation.

Le Dr. Hazell fait suivre son observation très intéressante de considérations que l'on peut discuter.

Il parle de la longue période d'incubation de ce cas, la rage arrive trois mois après la morsure, mais cette période n'est pas longue, elle est tout à fait normale; la rage arrive, en général de deux à trois mois après la morsure, rarement avant ce temps quelquefois après.

La difficulté d'avaler n'existe pas dans toutes les observations de rage, ici elle commence deux jours avant la mort, la chose ne me paraît pas étonnante.

Il s'étonne de l'absence de convulsions générales, et de délire aigu. J'ai vu, en ma qualité de préparateur de Pasteur, tous les enragés morts de la rage à Paris et, aux environs de 1882 à 1888, et ils ont été nombreux, car à partir de 1885, on venait de tous les points du monde mourir de la rage à Paris: beaucoup de personnes arrivant trop tard pour être traitées avec utilité. Les symptômes de délire aigu et de convulsions générales furent rares, rarement nous avons été obligés de mettre la camisole de force à ces malades.

Enfin j'ai vu plusieurs enragés mourir ainsi du cœur et tout d'un coup. Je trouve donc que cette observation est véritablement une observation de rage.

La rage donc existe dans la partie ouest du Canada. Il y a peut-être des cas isolés dans la province de Québec, mais il a été impossible de le prouver d'une façon absolue jusqu'à ce jour. Seulement, il faut se souvenir que les rapports entre l'Ouest et l'Est sont fréquents et qu'un jour ou l'autre on pourra voir se développer dans l'Est une épidémie de rage. Elle ne sera pas spontanée, car elle pourra venir soit de l'Ouest, soit des États-Unis.

HYGIÈNE THERAPEUTIQUE

Le praticien est souvent, dans la pratique journalière embarrassé à savoir si dans tel ou tel cas il doit prescrire tel ou tel aliment, tel ou tel régime. Nous avons cru qu'il serait intéressant de mettre sous ses yeux des notions claires et précises sur tout ce qui concerne les aliments usuels, leur composition, leur mode d'administration, le résultat que peut donner tel régime, les inconvénients qu'il peut entraîner. Nous prendrons donc successivement différents états, différentes maladies les plus courantes, nous donnerons, le chiffre approximatif des substances hydrocarbonées, grasses et azotées qu'il faut dans chaque cas particulier, les aliments et la quantité de chacun d'eux qui rempliront ces indications.

Un homme de 150 à 160 lbs, travaillant 10 heures par jour doit consommer :

Albuminoïdes.....	4 onces
Graisses.....	2 "
Hydrates de Carbone.....	16 "

au repos il lui suffira d'absorber :

Albuminoïdes.....	3 onces
Graisses.....	1½ "
Hydrates de carbone.....	14 "

Etant donnés les déchets, ces rations seront obtenues par 4 à 5 onces de viande ou autres substances analogues, 3 à 4 onces de graisses en nature ou mêlées aux aliments, 16 onces de sucre et féculents et 1½ de sels.

Voilà donc ce que doit consommer par jour un adulte.

Comme pour la machine à vapeur l'on évalue le travail des muscles en kilogrammètres que l'on traduit en calories. Le nombre de calories indique la valeur nutritive d'un aliment e. g.

1 once d'albumine produit environ	150 calories
" de graisse " " "	270 "
" d'hydrate de carbone " "	120 "

A l'adulte *au repos*, il faut 2600 calories, *au travail ordinaire*, 4200 calories.

Il lui faudra donc :

	Au repos	travail ordinaire
Albuminoïdes.....	17 onces	28 onces
Graisses.....	10 "	15 "
Hydrate de carbone... 22 "		35 "

Ces chiffres sont vrais à condition qu'il se nourrisse exclusivement de l'une ou de l'autre de ces substances. Mais il faut associer les divers aliments suivant les besoins de l'organisme, c'est ce que nous verrons plus loin en étudiant les régimes. Mais auparavant il est intéressant de connaître la teneur en albumine, graisse et hydrocarbonés des aliments les plus usités dans notre alimentation, c'est ce que nous allons voir aussi succinctement que possible.

VIANDES

Les viandes sont représentées par les tissus musculaires plus ou moins infiltrés de graisses avec plus ou moins de tissus fibreux.

Une livre de :	Albumine	Graisses	Sels (2)
Bœuf	2.5(1) à 3 onces	0.3 à 5 onces	0.2 onces
Veau	3 onces	0.2 à 2 "	"
Mouton	2.5 onces	0.3 à 5 "	"
Porc	2.5(2) à 3 onces	0.2 à 6 "	"

Les viandes contiennent des hydrates de carbone, mais en quantité négligeable.

La viande en moyenne est d'un rendement *calorimétrique* inférieur à celui des végétaux, c'est un mauvais combustible, un aliment plastique et non *thermodynamique*.

La viande crue est-elle supérieure à la viande cuite.

La viande crue dit Linossier(3) est plus digestible, plus assimilable et plus facilement dissoute par le suc gastrique.

Richet, après de nombreuses expériences, a cru devoir considérer la viande crue et le plasma musculaire comme un médicament othérapeutique de la tuberculose pulmonaire.

La viande cuite peut être bouillie ou rôtie.

(1) Plus la viande est riche en graisse, moins elle contient d'albuminoïdes.

(2) Représentés surtout par les phosphates de chaux et de potasse et le chlorure de sodium.

(3) Journal de pathologie et de physiologie générales, mars 1896.

La viande bouillie, épuisée par la macération est certainement inférieure tant dans son action sur la sécrétion gastrique que dans son action tonique générale. La viande rôtie a l'avantage sur la viande crue, d'être plus appétissante et par suite d'être plus excitatrice(1) des fonctions gastriques ; elle est moins répugnante, toutes conditions qui compensent amplement les pertes qu'elle subit par la coagulation des albumines au moment de la cuisson.

Donc en résumé, pour les diètes ordinaires, la viande rôtie est préférable, mais la viande crue (2) reprend sa supériorité dans certains états spéciaux comme, par exemple, la tuberculose.

(A suivre)

— 0 —

LE SOUS-NITRATÉ DE BISMUTH CONTRE LES VOMISSEMENTS REBELLES

M. Lion a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du sous-nitraté de Bismuth contre les vomissements des tuberculeux, sans connaître les observations de M. Lion, nous avons nous-mêmes employé ce traitement contre des vomissements rebelles à toute médication chez les tuberculeux et chez nombre d'autres malades avec presque toujours les mêmes résultats : disparition plus ou moins complète des vomissements, modification des troubles gastriques.

A la réapparition des symptômes, nouvelles prises de bismuth, nouvelle amélioration, jusqu'à disparition totale des symptômes...
....ou du malade.

Pour qu'il produise de bons effets le sous nitraté de bismuth doit être donné à la dose de 20 à 25 grammes par jour. Lion con-

(1) Sécrétion psychique de Pawlow.

(2) Voici une formule classique :

Filet de bœuf pulpée avec le tranchant d'un couteau.....	2 onces
Sel marin	15 grains
Gelée de fruits.....	16 onces

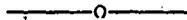
A manger à la cuillère.

seille de l'administrer, quand l'estomac est bien tolérant, en une seule fois le matin une heure avant le premier repas, mais nous préférons la méthode de Mathieu, qui consiste à donner 10 grammes une heure avant le premier repas et une heure après le dernier ou encore 5 ou 6 grammes $\frac{1}{2}$ heure avant chaque repas, méthode de rigueur si l'estomac est très intolérant. Quelque soit le mode d'administration adopté, le bismuth sera délayé dans un demi-verre d'eau. Après l'ingestion de cette bouillie, le malade devra se tenir 5 minutes sur le dos, cinq minutes sur le ventre et cinq minutes sur les côtés, de façon à bien étendre le sel sur la surface muqueuse et à en faire un pansement protecteur. Pour Lion, son action ne serait pas purement mécanique, il amènerait la disparition presque complète de l'hyperchlorydrie et diminuerait considérablement l'énergie du processus digestif, précipitant dans certaines conditions l'évolution digestive et l'évacuation de l'estomac.

Hayem a, pour ces raisons et d'autres énoncées plus loin en parlant du bicarbonate de soude, remplacé les alcalins par le bismuth.

La mode existe même en thérapeutique ; le traitement des gastropathies par le bismuth est à la mode. Persistera-t-il ou subira-t-il le sort de tant d'autres médications ?

ODILON LECLERC.



ENSEIGNEMENT MEDICAL INTERNATIONAL.—1909

Poursuivant le programme qu'elle a adopté en 1905, l'*Œuvre d'Enseignement Médical Complémentaire par la Visite des Universités Étrangères*, fera en 1909 son voyage d'études à travers l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande.

Le programme est en préparation et paraîtra dans le numéro de janvier de *L'Enseignement Médico-mutuel International*, l'intéressante revue professionnelle, qui publie en ce moment une enquête toute d'actualité sur le Privatdocentisme.

LA PROPHYLAXIE

L'opinion se répand de plus en plus que la thérapeutique de l'avenir sera surtout préventive, et que seuls seront conservés les médicaments dont l'efficacité dans ce sens sera entièrement démontrée. Le Sanmetto établira pour lui-même cette réputation d'agent préventif si l'on s'en sert régulièrement au premier indice d'hypertrophie de la prostate

Il est particulièrement efficace dans la prostatite aigue ou chronique et dans toutes les inflammations du trajet genito-urinaire.

Quand l'urine passe avec une sensation de brûlure, sans traces d'inflammation de l'urèthre, une cuillerée à thé de Sanmetto, trois ou quatre fois par jour apportera un grand soulagement : on y associera avec avantage du benzoate d'ammoniaque si l'urine est alcaline, et du citrate de Potasse si l'urine est acide.

LE CONVALESCENT

On peut comparer un malade convalescent à une armée épuisée mais victorieuse qui après avoir repoussé les attaques ennemies se repose sur ses lauriers.

L'armée bactérienne, aidée de ses alliées les toxines et les ptomaines, s'est d'abord insinuée puis s'est emparée des premières lignes de défenses. Puis le médecin général en chef avec ses aides, le repos, l'alimentation, l'air frais et une médication intelligente a rallié ses forces, les vieilles gardes éprouvées des leucocytes, des phagocytes, a chassé l'ennemi du territoire conquis et s'est assuré la victoire.

C'est à ce moment que s'établit la vraie réputation du médecin; hardi et courageux à l'attaque, il doit être prudent et habile dans les soins qu'il prend de refaire ses forces et de se préparer à d'autres attaques. Il doit donner une attention spéciale au relèvement des forces du malade, et tous ses moyens doivent se mettre en œuvre pour rebâtir son organisme ébranlé. Il doit lui donner une nourriture de rendement considérable et de digestion facile, le repos du corps et de l'esprit et une médication vraiment reconstituante.

Le Pepto-Mangan (Gude) fournira au sang apauvri tous les éléments dont il a besoin, et le médicament passera dans le sang sans aucun effort digestif. Le fer et le manganèse du remède augmenteront rapidement la teneur du sang en Hémoglobine. Le malade n'aura pas à se préoccuper de la constipation qui suit généralement l'administration du fer, car le Pepto-Mangan Gude n'en occasionne jamais.

LES COLLOIDES EN BIOLOGIE ET EN THÉRAPEUTIQUE.

Le Mercure colloïdal électrique, par G. STODEL, préparateur au laboratoire de physiologie de la Sorbonne.—VIGOT Frères, Éditeurs, 23, Place de l'École de Médecine, Paris. Un vol. in-80 raisin..... 6 fr

L'auteur, qui s'occupe depuis longtemps des Colloïdes et qui a publié déjà toute une série de notes et d'articles sur cette question, a divisé son travail en 4 chapitres principaux où il étudie : 1° L'état colloïdal et les différents colloïdes ; 2° Les colloïdes en biologie ; 3° Des métaux colloïdaux ; 4° Le mercure colloïdal électrique.

Dans le 1er chapitre, il passe en revue les différentes méthodes d'obtention et de préparation des Colloïdes. Puis à propos de leur examen ultramicroscopique il fait une étude sur les différentes techniques et les différents appareils employés actuellement en ultramicroscopie en donnant tous les détails de montage et d'observation. Les propriétés physico-chimiques des Colloïdes sont étudiées avec soin dans ce chapitre où l'auteur envisage la surface des granules et l'absorption, le transport électrique, l'action des électrolytes sur les Colloïdes et enfin l'action des Colloïdes les uns sur les autres.

Le deuxième chapitre, consacré à l'étude des Colloïdes en biologie, met au point les importantes questions de la constitution colloïdale des liquides de l'organisme, des actions diastatiques, des phénomènes d'absorption et de l'immunité.

L'exposé des propriétés générales et des applications thérapeutiques des métaux colloïdaux (argent, or, etc.) fait l'objet du chapitre III. L'auteur tenant pour suffisamment établies les propriétés des Colloïdes chimiques, ne s'occupe que des métaux colloïdaux électriques.

Dans le chapitre IV, l'auteur expose les résultats importants de ses recherches personnelles sur la préparation, les propriétés physico-chimiques et biologiques et les applications thérapeutiques du mercure colloïdal électrique.

Cette partie constitue une monographie d'un vif intérêt, où, en particulier, l'étude de la toxicité et de l'action sur le sang du mercure colloïde est faite avec le plus grand soin ; 59 observations cliniques la terminent.

L'ouvrage de M. Stodel, d'une documentation abondante et précise, est appelé à rendre de réels services à tous ceux qui s'intéressent aux Colloïdes tant au point de vue théorique et général, qu'au point de vue spécial de leurs applications thérapeutiques.