

Le Journal de Médecine et de Chirurgie

Montréal, Canada

Paraissant les 2ième et 4ième Samedis de chaque mois.

<p>ADMINISTRATION : Adresser tout ce qui concerne l'administration au Dr Wm Jas. Derome, 270 Sherbrooke Est. Abonnement. Un dollar par année</p>	<p>DIRECTEURS : Wm. Jas. Derome, Frs. DeMartigny A. Loir, Damien Masson, Fernand Monod</p>	<p>REDACTION: Fernand Monod, Secr.-général. Alfred Marcell, Secrétaire adjoint. Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Secrétaire Général : B. de P. 2188 Montréal.</p>
---	---	---

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Notes sur la Rage..... 65
(Par le Dr Loir)

La Commission du lait..... 71

THERAPEUTIQUE

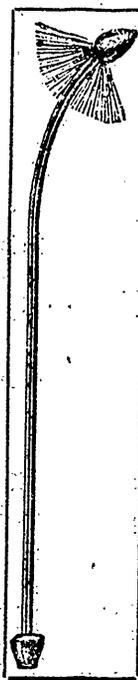
Quelques propos sur la paralysie générale de la syphilis..... 73
(Par le professeur Fournier)

Contribution à l'étude clinique du Saliylarsinate de Mercure..... 77
(Par le Dr L. Loquin)

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société Médicale de Montréal..... 79

NOUVELLES..... 80

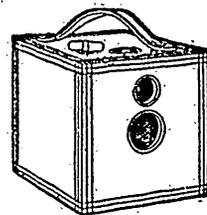


INSTRUMENTS de CHIRURGIE
APPAREILS pour LABORATOIRE

A des prix défiant toute concurrence. Demandez nos prix avant d'acheter ailleurs.

APPAREILS
ET PRODUITS

PHOTO-
graphiques



Lecours & Decary,
PHARMACIENS.

(PHARMACIE DECARY)

310 rue Ste-Catherine Est. Coin St-Denis.

MONTREAL.



BANDAGE

positivement de maintenir toute hernie pourvu qu'elle soit réductible.

MON BANDAGE est reconnu par les médecins et chirurgiens les plus éminents au Canada et Etats-Unis comme le meilleur au monde, et je garantis

B. LINDMAN,

16 McGill College Avenue

MONTREAL

Nous rappelons à nos abonnés que l'année 1907 est dès à présent due.

Ceux qui ont à cœur l'intérêt de notre journal nous aideraient beaucoup en nous adressant immédiatement la somme de deux dollars couvrant les années 1906-1907.

Adresser au Dr DEROME, par mandat-poste ou chèque au pair.

Et merci d'avance.

LA DIRECTION.

NOTES SUR LA RAGE

PAR LE DR ADRIEN LOIR, ancien préparateur de Pasteur, professeur de Biologie à l'Université Laval.)

Pendant mon voyage pour venir en Amérique du Nord, au mois de juin dernier, j'ai lu, dans un journal médical des Etats-Unis du mois de mai une lettre dans laquelle un médecin demandait ce que le praticien doit recommander à un patient qui vient d'être mordu par un animal enragé ? La question posée était celle-ci : Est-il dangereux de se soumettre au traitement pasteurien, ce traitement n'est-il pas capable de donner la rage par lui-même ? En réponse, l'éditeur du journal en question citait les statistiques des différents instituts Pasteur et ajoutait, avec raison, qu'il n'existe pas une observation d'un cas de mort arrivé par le traitement. De 1897 à 1901, il y eut 7,341 cas traités à l'Institut Pasteur de Paris, avec une mortalité de 0.3 pour cent. A Tunis, notre statistique de neuf années, pendant lesquels je fus directeur de l'Institut Pasteur est encore meilleure, elle est de 0.2 pour cent.

Voilà plus de vingt ans que Pasteur a découvert son traitement antirabique, puisque c'est au Congrès Médical de Copenhague, en 1884, qu'il a parlé pour la première fois de l'atténuation du virus de la rage. Depuis cette époque le traitement est appliqué dans toutes les régions du

monde. J'ai, pour ma part, en 1886, été envoyé par Pasteur installer à Saint-Petersbourg le premier Institut antirabique créé à l'étranger, j'ai visité cet Institut de nouveau l'an dernier, à vingt ans de distance, et on y applique toujours le même mode de traitement avec succès. Car, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'en ce moment ou tout marche si vite en se modifiant, ou la bactériologie à son début, il y a vingt ans, est devenue une science étudiée par tous, le traitement de Pasteur est appliqué partout et toujours de la même façon, sans aucune modification fondamentale. En 1904 les élèves de Koch ouvraient à Berlin un laboratoire antirabique où ils appliquent la méthode Pasteur dans cet Institut fondé par le grand savant allemand qui, au début, a tant combattu cette méthode. J'ai été appelé à installer des Instituts antirabiques en Tunisie et en Afrique du Sud, en Rhodésie et partout, lorsque la méthode est appliquée avec rigueur on obtient les mêmes résultats remarquables, dans tous les pays du monde les statistiques sont les mêmes.

Je vois par les discussions qui ont eu lieu chaque année aux différents Congrès de l'Association des Médecins de l'Amérique du Nord, que la question de la rage et de sa prophylaxie est toujours à l'ordre du jour. Aux Etats-Unis, certains médecins nient son existence, et cependant d'après toutes les discussions elle existe. Au Canada, au contraire, son existence est niée, si bien que dernièrement, au Congrès des Médecins Français de l'Amérique du Nord, tenu à Trois-Rivières à la fin de juin, il me fut affirmé que la rage n'existait pas au Canada. Depuis cette époque, mon enquête à ce sujet me permet de conclure que la rage existe, le contraire eut été bien étonnant étant donné la proximité des Etats-Unis et les échanges constants qui se font avec ce grand pays, mais, pour une raison ou pour une autre, sa présence est méconnue malgré les faits cités par le Dr Rutherford dans son rapport annuel au gouvernement du Canada. Aussi, je crois qu'il est utile d'attirer l'attention des médecins sur cette question de façon à ce que des mesures soient prises pour arrêter, dès les premiers cas, une épidémie qui se produirait. Une fois l'épidémie déclarée il est toujours difficile d'agir efficacement, et lorsque la rage est

dans un pays on ne sait jamais dans quelles conditions les cas se multiplieront et deviendront un danger public. J'ai vu ainsi se produire une épidémie dans le Sud de la Tunisie et l'étude que j'ai faite de la rage dans l'Afrique du Sud, pendant la mission dont j'avais été chargé par l'Institut Pasteur de Paris, offre un certain intérêt à ce point de vue.

Dans la plupart des pays du monde la rage existe. Elle atteint un grand nombre d'animaux ainsi que l'homme. Elle peut être donnée par la morsure, par une simple érosion, une égratignure, pourvu que ces plaies soient souillées par la bave d'un animal enragé, car comme Pasteur le dit dans le document suivant, la rage n'est jamais spontanée. La réponse, dont parle Pasteur dans sa lettre, avait été écrite au ministre de l'agriculture de N. S. W. qui, en sa qualité de directeur de l'Institut Pasteur, à Sydney, en Australie, nous avait posé des questions au sujet de la rage et de l'utilité des quarantaines de six mois sur les chiens, dont on réclamait la suppression.

“ 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 à son arrivée 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.

Signé : L. PASTEUR.”

TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA RAGE

Lorsque la rage est déclarée elle se caractérise par des accès de fureur et la mort arrive pendant un de ces accès où à la suite d'une paralysie progressive. Quelquefois l'animal a ce qu'on appelle la rage mue, on croirait qu'un os existe en travers de la gorge et l'empêche de fermer la gueule. Il ne peut pas mordre, sa mâchoire inférieure étant paralysée, mais sa salive est virulente et souvent en cherchant à enlever l'os supposé être resté dans la gorge, le propriétaire se blesse au contact des dents et s'infecte avec la salive.

Pasteur nous a montré que l'on peut donner l'immunité vis-à-vis de la rage et il y a maintenant plus de vingt ans que sa méthode est appliquée partout avec succès.

La période d'incubation de la rage n'est pas constante. Elle est en général de quarante à soixante jours, mais peut-être plus courte ou plus longue. M. Pasteur ayant trouvé le moyen d'atténuer le virus de la rage et de vacciner des animaux qui, après cette inoculation préventive, ne pouvaient prendre la maladie quelque fut le mode d'inoculation employé, eut l'idée de se servir de la longue période d'incubation extrêmement variable de la rage, pour donner l'immunité au moyen de son virus atténué à un individu venant d'être mordu par un animal enragé. Comme souvent la période d'incubation est très longue, on a toutes les chances pour que l'immunité donnée par le vaccin soit acquise lorsque les premiers symptômes apparaissent. Naturellement, pour arriver au résultat, il faut subir ces inoculations préventives le plus rapidement possible après la morsure.

Toutes les morsures n'entraînent pas la mort

des individus. Lorsque, avant Pasteur, la face en avait été le siège, la mortalité était de quatre-vingt pour cent. Lorsque la morsure avait eu lieu aux membres, la mortalité était de seize pour cent. Aujourd'hui, après le traitement, la mortalité est presque nulle, elle est limitée à environ un pour trois cents que l'on prenne la statistique des morsures à la tête ou aux membres. Cela est une preuve de l'efficacité du traitement.

LA RAGE DANS LES PAYS NOUVEAUX.

Dans les pays chauds et dans les pays neufs la rage se présente avec des caractères particuliers si bien que souvent son existence est niée. Il en a été ainsi pendant longtemps pour Constantinople. On donnait même la raison pour laquelle les chiens de cette ville ne pouvaient pas prendre la maladie, et cependant la rage existe à Constantinople comme partout ailleurs.

A ce point de vue l'étude de l'épidémie de rage qui a sévi en 1902 en Afrique du Sud est fort intéressante et son étude peut être fort utile à des praticiens qui doivent vivre dans des pays de civilisation récente ou l'on rencontre des conditions analogues à celles que nous avons rencontrées pendant notre mission en Rhodésie.

Le 6 septembre 1902, l'Institut Pasteur de Paris recevait une dépêche, venant de Londres, de la Chartered Compagnie de l'Afrique du Sud, demandant le départ immédiat d'un expert pour la Rhodésie. Il s'agissait de traiter les cas de rage et de prendre les mesures nécessaires pour arrêter l'épidémie qui venait d'apparaître entre le Zambèze et le Transvaal. Mes Maîtres voulurent bien me proposer de me charger de cette mission.

Dans tous les livres mentionnant les maladies épidémiques de l'Afrique du Sud, il est affirmé que cette contrée est exempte de rage. De 1892 à 1893, à Port-Elizabeth, dans la Colonie du Cap, il y eut une épidémie de rage, importée d'Angleterre par un chien sur lequel on ne remarqua les premiers symptômes qu'après son débarquement. Le premier cas eut lieu en août 1892 et le dernier en août 1897. Il y eut dans la ville environ cent cinquante chiens reconnus enragés ; on a tué jusqu'à douze chiens et un chat enragés en quinze jours ; on a trouvé sur le bord de la mer plus de cinquante cadavres de

chiens pendant l'épidémie ; probablement une partie de ces animaux étaient morts de rage. Grâce aux mesures prises (destruction des chiens errants et des chiens mordus, muselière imposée à tous les chiens de la ville pendant sept mois environ), l'épidémie a complètement disparu. On a tué 1840 chiens. Pendant toute cette épidémie, pas un cas de rage n'avait été signalé en dehors de la ville, et le jour où l'hydrophobie a disparu de celle-ci, elle n'aurait plus existé dans l'Afrique du Sud. Ceci est bien extraordinaire : un chien enragé ne reste pas ainsi dans le lieu où il a été mordu. La maladie se manifeste, dès le début, par un besoin de mouvement ; c'est un des premiers symptômes. L'animal fuit l'endroit où il vit d'ordinaire. Il est donc vraisemblable que la maladie a été répandue aux alentours de Port-Elizabeth et, lorsqu'elle s'est arrêtée de sévir dans la ville, elle a dû continuer dans la campagne ; mais comme dans beaucoup de pays les cas ont été méconnus jusqu'au jour où une épidémie s'est développée dans une contrée voisine, sous une influence quelconque. La population européenne est très clairsemée dans l'Afrique du Sud. Pendant la guerre des Boërs, il a été difficile de se rendre compte des maladies dont souffraient les animaux, peut-être même les hommes. Puis, dans beaucoup de pays chauds, n'a-t-on pas nié, pendant longtemps, l'existence de la rage ? En Palestine, à Constantinople, en Egypte, en Russie, en Algérie par exemple, il y a, je crois, à cela une raison, c'est que, dans les pays chauds, si la rage mue n'est pas plus fréquente que dans les pays tempérés, la période pendant laquelle le chien est furieux est, on le croirait, beaucoup plus courte. Il n'est pas rare de voir en Europe un chien furieux pendant trois ou quatre jours. Il mord pendant toute cette période ; beaucoup de personnes voient ce chien et il n'est pas possible de méconnaître l'existence de la rage. Dans les pays chauds, la période de fureur me semble plus courte. J'ai vu à Bulamayo un chien qui, à midi, avait des symptômes suspects, mais, à moins d'être exercé à reconnaître la maladie, on ne pouvait en reconnaître l'existence. Il était tenu en laisse par un nègre qui traversait la ville. Un peu après trois heures, il fut pris d'un accès de fureur et à six heures du soir il était mort. Ces courtes pé-

riodes pendant lesquelles on remarque des accès me semblent fréquentes dans les pays chauds, où il est rare de voir un chien furieux. J'avais déjà remarqué des faits analogues en Tunisie. On comprend donc comment la rage peut être méconnue pendant de nombreuses années jusqu'au jour où un cas bien avéré est observé par une personne compétente.

Quoi qu'il en soit, la rage n'a pas été signalée dans l'Afrique du Sud jusqu'au mois d'août 1902. A cette époque, une maladie nouvelle faisait son apparition en Rhodésie, entre le Zambèse et le Transvaal ; elle prit de suite les allures d'une épidémie ; les uns déclaraient que l'on se trouvait en présence de la rage, d'autres niaient l'existence de cette maladie. Pour trancher la question, le gouvernement de la Chartered Compagnie, qui administre ce pays, s'adressa à l'Institut Pasteur de Paris en demandant l'envoi immédiat d'un expert à Bulawayo pour y édicter les mesures de police sanitaire et installer un laboratoire antirabique. Mes maîtres m'offrirent de me charger de cette mission et, le 10 octobre j'arrivais en Rhodésie avec tout un matériel de laboratoire. Voici les faits qui me permirent d'établir l'existence de la rage dans le pays :

10. Le 20 octobre, un lapin pris de rage paralytique me fut apporté au laboratoire. En voici l'histoire. Au commencement de septembre, un chien ayant des symptômes étranges se jette sur un cheval qu'il mord. Comme à cette époque la rage était inconnue dans le pays, on tua le chien et on mit le cheval en observation pour voir ce qui allait advenir. Le 21^e jour après la morsure, le cheval présenta des symptômes de rage ; il était si excité qu'on le tua le 22 septembre ; avec son cerveau, le Dr Clark de Bulawayo inocula dans l'œil le lapin qui me fut apporté au laboratoire le 20 octobre. Celui-ci était paralysé depuis le 19 et mourut le 22 octobre. Je fis son autopsie et, avec son bulbe, j'inoculai un autre lapin, qui fut pris de rage quinze jours après. Nous avons là différents cas de rage en série ; les animaux meurent avec des symptômes rabiques, le cheval 21 jours après sa morsure, le lapin 22 jours après l'inoculation faite au moyen du cerveau du cheval malade, le second lapin 15 jours après l'inoculation ; c'est presque une expérience de laboratoire qui démontre l'existence de la rage.

20. Le 25 octobre M. Taylor, chef commissaire des indigènes, me prie de venir voir son chien, un grand et superbe danois qui paraissait malade ; la veille au soir il avait de la bave aux commissures des lèvres et avait l'air inquiet. Le lendemain il se jeta sur tous les objets qu'il rencontrait pour les mordre. On venait, au moment de ma visite, de l'attacher par une forte chaîne et il allait et venait d'un bout à l'autre du lien qui le retenait captif ; il aboyait de temps en temps sans raison et ses cris étaient l'aboiement caractéristique de la rage, il n'y avait pas à s'y tromper.

Environ deux mois auparavant, M. Taylor avait entendu la nuit une bataille de chiens sur la vérandah. Etant venu au secours de son chien, il en avait vu un autre s'enfuir ; il n'avait pas remarqué de morsure sur son danois. Ce dernier a été abattu d'un coup de fusil. Le cadavre m'a été apporté au laboratoire ; j'ai trouvé des corps étrangers dans l'estomac. Avec le bulbe j'inocule un lapin qui est pris de rage paralytique le 7 novembre.

30. L'un des indigènes ayant subi le traitement à l'Institut Pasteur du Bulawayo, au commencement de novembre, avait été mordu par un chien à trois mois d'intervalle, dans les circonstances suivantes : Ce nègre était au service de M. Weir, de Bulawayo. Le chien de ce dernier qui a mordu le nègre donnait des signes manifestes de changement de caractère, depuis deux jours il n'obéissait plus, il avait fui la maison et c'est en revenant deux jours après son départ, c'est-à-dire quatre jours après le début de la maladie, qu'il mordit le domestique. Ce chien cherchait à mordre dans le vide, se jetant sur tous les objets et les personnes sans pouvoir réussir à serrer les dents. On le tua. Il avait été, nous dit son maître, mordu par un chien qui s'était introduit dans son chenil pendant la nuit un mois avant ; après s'être battu avec lui l'animal étranger s'était sauvé sans qu'on l'ait jamais vu. Le lendemain, M. Weir trouva son chien avec une morsure assez profonde à l'oreille. Après la mort de la bête, le vétérinaire à qui l'on parla de ce cas attribua la maladie à des convulsions en disant que la rage n'existait pas dans le pays. Ce serait le premier cas de rage qui ait été signalé. Ces faits se passaient dans

la première quinzaine du mois d'août. Cette relation faite par une personne qui ne connaît pas les symptômes de la rage semble être calquée sur une observation d'un chien rabique.

40. Nous avons avec le Dr Clark, chirurgien de l'hôpital de Bulawayo, fait l'autopsie d'un indigène qui avait été mordu à la main depuis un mois et demi par un chien qu'on soupçonnait atteint de rage, et qui était mort de la maladie.

Tous ces faits, et je pourrais en ajouter d'autres, m'ont permis de conclure que la rage existait en Rhodésie.

Elle peut certainement être venue du Nord du Zambèze, mais elle peut aussi, je crois, avoir été apportée du Sud ; ainsi, l'épidémie de Port-Elizabeth a très bien pu s'étendre et couvrir en quelque sorte pendant plusieurs années. Je sais bien qu'on prétend suivre la rage depuis le Zambèze jusqu'à Bulawayo, mais le premier cas ainsi importé coïncide avec une période où l'épidémie de rage semble battre son plein. Un chien peut apporter la rage dans une région, mais il faut plusieurs mois pour voir se développer une grosse épidémie. Ici, au contraire, on voit tout à coup un très grand nombre de chiens, de chats, d'ânes, de mulets, etc., développer la maladie. On a l'impression qu'elle existe là depuis assez longtemps. On dit que les indigènes d'un certain âge se souviennent d'une maladie semblable qui existait en Rhodésie il y a environ trente ans ; puis elle avait disparu.

Dans tous les cas, la rage sévissait avant 1900 dans le Barotseland, au Nord du Zambèze. Lovanika, roi du Barotseland, pendant le cours de 1901, un peu avant son départ pour l'Angleterre, où il allait assister au couronnement d'Edouard VII, a fait tuer tous les chiens de ses sujets. Ils étaient malades, dit-on. D'un autre côté, la rage serait inconnue dans le Congo français ; existerait-elle dans le Congo belge, qui touche au Barotseland ? Si non, comment est-elle arrivée au Nord du Zambèze, par le Nord de l'Afrique, ou par le Sud ?

En Rhodésie, les mesures de police sanitaire prises par le gouvernement pour lutter contre la rage dès son apparition ont été calquées sur celles qui sont en vigueur dans les autres pays ; mais elles ont été complétées quelques jours après

mon arrivée, le 23 octobre, par les mesures suivantes :

Tout propriétaire ou gardien de chien ou d'un animal pouvant avoir la rage doit, au premier signe de maladie, détruire cet animal ou le mettre dans l'impossibilité de nuire ;

Tout chien doit être à la chaîne ou muselé ;

Tout chien trouvé non-muselé sera détruit ;

Toute personne qui vient de tuer un animal enragé doit le brûler ou l'enterrer de suite dans un lait de chaux, à une profondeur de 4 pieds. Une amende de 1,250 francs ou 2 mois de prison avec travaux forcés sont infligés à toutes personnes qui ne se conformeraient pas à ces mesures.

Jusqu'au 10 janvier 1903, on avait détruit plus de 80,000 chiens ; 5,000 muselières, à six francs l'une, ont été vendues par le gouvernement aux indigènes, qui se conforment volontiers, car ils comprennent l'importance de ces mesures pour lutter contre l'épidémie.

Il n'a pas toujours été aussi facile d'imposer à ces nègres d'origine zouloue des mesures de police sanitaire. En 1896, lors de l'épidémie de peste bovine, les autorités voulurent tuer tous les bovidés qui se trouveraient dans le district infecté ; les noirs, ne comprenant pas l'utilité de ces hécatombes, se révoltèrent et profitèrent de l'absence de la police, qui avait été amenée par le Dr Jameson pour l'aider à accomplir son fameux raid au Transvaal, et les autorités de la Chartered Co. eurent beaucoup de peine à rétablir l'ordre. Cette fois, les mesures de police sanitaire ayant été acceptées volontiers, l'épidémie ne tarda pas à diminuer ; mais je crois qu'il sera bien difficile de la faire disparaître de ce continent où il y a de nombreux fauves et où la population est encore très clair semée.

Au moment de mon départ, j'ai demandé, à la requête de la Chambre des Mines, un adoucissement aux mesures édictées peu après mon arrivée. La majeure partie des chiens errants avait été tués, si bien que les chiens pris étaient souvent des chiens de luxe, partis de chez leur maître sans muselière ou ayant perdu celle qu'ils portaient ; j'ai proposé la création d'une fourrière où les chiens pris sur la voie publique seraient conservés pendant vingt-quatre heures, pour permettre à leur maître de venir les y

chercher en payant une amende ; c'est, en effet, la mesure adoptée dans tous les pays où la rage existe. Cette mesure fut adoptée peu après mon départ.

J'ai dirigé l'Institut Pasteur de Bulawayo jusqu'au 10 janvier 1903, date à laquelle j'ai remis le service à mon successeur que je venais de mettre au courant. J'ai appliqué, en Rhodésie, la méthode de Pasteur. Pas une des personnes traitées n'est morte de la rage.

Le rapport annuel de la British South Africa Company sur l'administration du gouvernement de la Rhodésie du 15 juillet 1903 signale l'apparition de la rage dans le pays et s'exprime ainsi :

" Une autre maladie, la rage, a fait son apparition en Rhodésie, au mois de septembre 1902. Des dispositions ont été prises immédiatement pour obtenir l'établissement d'un laboratoire antirabique à Bulawayo. Le Dr A. Loir fut désigné par l'Institut Pasteur de Paris ; grâce à son énergie et à son habileté, l'épidémie a été promptement arrêtée et de nombreuses vies furent sauvées."

La rage existe dans les pays tempérés, dans les pays chauds comme dans les pays froids. Je me souviens que vers 1884 on disait que la rage était inconnue à Constantinople et dans le Nord de l'Europe. Pasteur se fit envoyer des chiens de Turquie et d'autres du Groënland, nous les inoculâmes de la rage et tous prirent la maladie dans les limites ordinaires de la période d'incubation, donnant ainsi la démonstration que sous toutes les latitudes, toutes les races de chiens, mêmes celles réputées comme les plus réfractaires, peuvent prendre la maladie. Il suffit pour que l'épidémie se développe que les conditions soient favorables, nul pays n'est à l'abri de ses ravages, mais il est utile de savoir que la méthode Pasteur est applicable partout et donne toujours des résultats favorables si elle est appliquée en temps voulu.

QUE FAIRE LORSQU'UNE PERSONNE EST MORDUE ?

Que faut-il faire lorsqu'un individu est mordu par un animal enragé ou suspect ?

Nous résumerons en quelques lignes la réponse à cette importante question. Pour qu'un

animal puisse donner la rage, il faut qu'il soit lui-même atteint de cette maladie. Lorsqu'un chien est enragé il meurt toujours de cette affection dans les jours qui suivent. La salive d'un chien enragé est toujours virulente vingt-quatre heures avant l'apparition de tout changement dans l'allure d'un chien. Elle ne l'est jamais au delà des quarante-huit heures précédant les premiers symptômes. Un animal peut donc présenter tous les signes extérieurs de la santé, manger, être gai et caressant comme à l'ordinaire et porter dans sa gueule le virus de la rage.

Les signes qui traduisent la rage à sa période initiale sont trop vagues pour faire connaître la maladie ; mais on peut formuler une indication générale : tout chien dont les habitudes et le caractère paraissent brusquement modifiés doit être considéré comme suspect, aussitôt séquestré et maintenu dans l'impossibilité de nuire, tout en continuant à lui donner à manger. L'évolution de la rage est toujours rapide ; sa durée varie de deux à dix jours, un animal enragé meurt toujours pendant cet espace de temps, une période de quatre à cinq jours est le terme le plus ordinaire, la séquestration durera donc peu ; on sera exactement fixé après deux autres jours d'observation. A la période d'état, la rage est affirmée dans bien des cas après un simple examen ; mais dans d'autres, nombreux aussi, le diagnostic n'est possible qu'après une observation. Non-seulement au début de la rage et pour les formes paralytiques mais dans la période la plus dangereuse de la forme furieuse, on voit des chiens conduits par leurs propriétaires avec une ficelle, circuler dans les rues, voyager dans les voitures publiques sans chercher à attaquer et à mordre s'ils ne sont pas provoqués, et sans que leur aspect permette de soupçonner la maladie. Si ces animaux, tranquilles en apparence, sont irrités laissés au contact d'autres chiens, et surtout s'ils sont mis en cage et abandonnés par leur maître, ils sont pris aussitôt d'un accès de fureur. On peut admettre comme principe absolu qu'il est impossible d'affirmer à simple vue la non-existence de la rage chez le chien ; toutes les fois qu'un animal est soupçonné, il est indispensable de le séquestrer et de l'observer pendant un certain temps, cette règle de conduite étant ab-

solue lorsqu'une personne a été mordue. Ce n'est qu'après quarante-huit heures au moins d'une observation rigoureuse, et si aucun fait anormal ne s'est produit, que l'on pourra certifier que l'animal n'est pas enragé. Il est bien certain que si le diagnostic de la rage peut être fait avec certitude avant l'expiration de ce temps, il est inutile de conserver l'animal. En dehors des cas où leur capture et leur séquestration présentent de réels dangers, les chiens suspects ne doivent être abattus que lorsque le diagnostic est établi. L'autopsie, alors surtout qu'il s'agit d'animaux prématurément sacrifiés, ne donne que des indications insuffisantes ou nulles, tandis qu'une surveillance du malade évite une fâcheuse incertitude.

Une personne étant mordue, deux questions se posent immédiatement quant à l'appréciation du danger couru ; l'animal mordeur est-il enragé, l'inoculation a-t-elle pu se produire ? On ne saurait être trop prudent, ni même trop pessimiste en une matière aussi grave. C'est seulement alors que la certitude est acquise qu'il est permis de conclure à l'existence de la maladie. Des difficultés d'un autre ordre sont soulevées en quelques cas ; des personnes sont mordues par des animaux qui ne peuvent être retrouvés et une appréciation doit être formulée d'après de simples renseignements. En ces conditions, la question doit encore être ainsi posée : Est-il possible d'affirmer que l'animal mordeur n'est pas enragé ? Il est rare que l'affirmative soit acquise ; le seul fait d'une agression par un chien errant, inconnu dans une localité, constitue une présomption grave ; même alors que la morsure résulte d'une provocation. Les mêmes recommandations de prudence doivent être renouvelées quant à la solution de la seconde question : l'inoculation est-elle à craindre ? Toutes les fois que la morsure détermine une plaie véritable avec hémorragie, aucun doute n'est possible ; il n'y a pas lieu de tenir compte de l'étendue de la blessure, non plus que de la protection des vêtements traversés par la dent ; toujours le danger existe menaçant. En d'autres circonstances, la morsure détermine une simple contusion avec meurtrissure des tissus, léger suintement séro-sanguin et formation ultérieure d'une croûte ; ces plaies encore peuvent être favorables à l'absorption du

virus. Si le danger est à peu près nul, alors que la plaie contuse a été lavée soigneusement ou cautérisée immédiatement après la morsure, il devient appréciable en l'absence des mêmes soins ; l'absorption est plus à craindre encore si la salive, souillant les vêtements, reste pendant quelque temps en contact de la région transmatée. La conduite à tenir dans les cas douteux est tout indiquée d'ailleurs : l'innocuité du traitement pasteurien étant certaine, c'est un devoir absolu que de garantir les victimes contre un danger éventuel, pour si faible qu'il paraisse. Enfin, on ne doit jamais oublier qu'il importe d'assurer le traitement aussitôt que possible ; c'est sans aucun délai que les personnes doivent être dirigées sur un institut antirabique.

Il est bon, si l'on est prêt d'un institut antirabique, d'envoyer la tête du chien au laboratoire ou des inoculations seront faites à des lapins pour savoir si le chien soupçonné de rage était bien, en effet, atteint de la maladie. Si on se trouve loin du laboratoire, il faut mettre le bulbe racchidien du chien dans un flacon contenant de la glycérine et le faire parvenir sans retard à l'Institut antirabique, la glycérine est un antiseptique et non une substance germicide, c'est-à-dire qu'elle empêche le développement des microbes, elle empêche la putréfaction sans détruire les microbes qui se trouvent dans le bulbe au moment où il est mis dans le flacon. Mais, en même temps, il faut commencer le traitement des personnes mordues.

LA COMMISSION DU LAIT

La Commission du lait continue à tenir régulièrement ses réunions, chaque semaine, tantôt au siège de la Société Médicale Française à Laval, tantôt au siège de la Société Médicale Anglaise, rue Metcalfe, c'est dire que les deux commissions Anglaise et Française ont établi une fusion complète, que l'accord est absolu entre les membres de cette commission du lait dont le but est d'établir un règlement à la fois acceptable par les laitiers et le public. Il serait inopportun de donner ici par le détail le compte-rendu de chacune de ces réunions. Mais les difficultés que

rencontrent à chaque pas les membres de la commission pourraient être un jour considérablement aplanies, si chaque médecin dans sa sphère d'action individuelle prenait à cœur cette étude du lait et commençait dès maintenant l'éducation de ceux qui fabriquent et de ceux qui boivent le lait. Pour prendre un exemple entre plusieurs, une des questions que la commission se trouve obligée de résoudre est celle-ci : Un cas de variole, de scarlatine, de fièvre typhoïde, ou d'une façon plus générale, une maladie contagieuse se déclare dans une ferme dont le lait est vendu soit à une fabrique de beurre ou de fromage, soit directement à la ville pour être bu. Que faire ?

Les cas d'infection et de contagion par le lait sont indiscutables. Le Dr Loir, à l'une des dernières réunions de la Société Médicale, nous en donnait un exemple frappant et que voici : dans une famille où il avait enseigné et fait admettre les dangers de contagion de la fièvre typhoïde par l'eau, on ne buvait plus que de l'eau filtrée et bouillie, et cependant un beau jour les deux enfants prenaient la typhoïde, et le père de dire à Loir avec une apparence de raison : " A quoi bon avoir suivi à la lettre vos conseils," Loir décide de faire une enquête qui lui apprend que les deux enfants atteints ont été les seuls de la famille à boire le matin du lait non bouilli. Il va chez le fermier et y apprend qu'un membre de la famille avait contracté quinze jours auparavant une fièvre typhoïde et l'avait encore. L'exemple valait une expérience de laboratoire.

Combien d'observations de ce genre pourraient être recueillies par nos médecins s'ils voulaient le faire ? beaucoup sans doute ! Communiquées à nos sociétés médicales, sans divulgation de noms, elles seraient d'un poids énorme le jour où une loi peut être un peu rigoureuse, mais absolument nécessaire sera sollicitée des autorités compétentes. Et chaque famille à qui son médecin aura pu démontrer, preuves en mains, que le lait est cause directe de la maladie, ne sera-t-elle pas une famille acquise à la lutte pour le lait pur ?

Certes, il serait dangereux à l'heure actuelle de placer devant le grand public les faits tels qu'ils sont ; nos beurrieres et fromageries sont une des grandes richesses de notre pays et ce serait un crime que de discréditer ouvertement pour le moment une industrie florissante. Ce qu'il

faut c'est avant tout de faire comprendre aux fermiers que leur intérêt est de fabriquer du lait pur sous le contrôle des autorités compétentes car plus l'acheteur sera convaincu que le lait canadien est exempt de toute contamination plus volontiers il achètera ce lait ou ses dérivés.

Quand la commission eut à discuter le transport du lait, un des membres fit connaître le fait suivant dont il avait été témoin au mois de septembre dernier : Il avait été au Bout-de-l'Île, en en revenant le soir, le tramway fut chargé de boîtes de lait pleines. Durant le trajet, le conducteur, le wattman et la plupart des voyageurs s'offrirent une tasse de lait—le couvercle de la boîte faisant office de tasse, et comme il aurait été inopportun de prendre trop de lait d'une seule boîte, plusieurs furent mises à contribution. Un autre membre de la commission rapporta le fait bien connu du laitier distributeur, dans la ville, qui se trouvant à court, emprunte soit à la fontaine voisine, soit au collègue qui passe, l'eau ou le lait nécessaire pour combler le déficit temporaire.

Combien d'autres faits plus frappants encore que ceux-là pourraient être portés devant la commission, par l'intermédiaire soit des journaux médicaux, soit des sociétés médicales, qui seraient d'une précieuse utilité pour obtenir le règlement tant désiré et pourtant peut-être difficile à obtenir, ordonnant que toute boîte, toute bouteille de lait quittant la ferme demeure scellée d'un sceau spécial pendant tout le temps de son parcours entre le producteur et le consommateur. Mais là où l'œuvre du médecin peut être la plus efficace est dans l'éducation de la famille qu'il soigne, en lui apprenant, à chaque occasion qui se présentera à s'intéresser plus qu'on ne le fait à présent au lait consommé. En demandant à la mère de lui remettre un échantillon du lait dès son arrivée, d'un échantillon du lait demeuré en trop le soir à la fin de la journée, il arrivera plus d'une fois à constater qu'un lait délivré presque bon, sera devenu absolument mauvais par la faute de celui qui n'a pas su le garder. Il arrivera aussi que le laitier qui sera ainsi surveillé par le consommateur lui-même, aidé du médecin et menacé de perdre une partie de sa clientèle, fera volontairement l'effort nécessaire pour améliorer son lait. Et qu'on ne dise pas que cela

soit difficile: le service de santé à l'Hôtel-de-Ville est à la disposition de tous ceux qui lui apporteront un échantillon de lait à examiner sans demander un honoraire quelconque, cela demande seulement la peine de faire porter l'échantillon dans une bouteille scellée à l'aide d'une bande de papier collée sur le bouchon portant nom, date et adresse; quel médecin refuserait de le faire? Cet appel que nous faisons ici aux membres de notre profession sera, nous l'espérons, de tout cœur entendu, car qui mieux que nous savent les ravages que cause à Montréal le lait de qualité inférieure et dont on nourrit nos enfants. La commission élabore en ce moment des règlements visant le producteur du lait, celui qui le transporte et celui qui le distribue, elle s'inspire de ceux existant déjà dans notre province ou dans les états voisins, et arrivera, nous en sommes certains, à une série de règles qui, si elles sont appliquées, permettront au consommateur de boire du lait pur. Mais ces règlements, pour être effectifs, doivent être acceptés et par le gouvernement provincial et par les municipalités. Chacun d'eux seront discutés et devront être défendus. Cette défense c'est à nous, médecins, qu'il incombe le devoir de la préparer, en amassant le plus de faits possibles, le plus d'exemples frappants permettant de légitimer nos demandes. Au producteur et distributeur de lait qui lutteront par mauvais vouloir, par routine et aussi surtout parce que la mise en vigueur de ces règlements les entraîneront à des dépenses d'autant plus considérables que leurs conditions actuelles de production ou de distribution sera défectueuse, il faudra apporter des faits décisifs et indéniables. Le législateur qui aura devant lui la preuve certaine que le lait de tel fermier aura été la cause immédiate de l'infection et peut être de la mort de telle personne, n'hésitera pas à voter le règlement propre à prévenir le retour d'un pareil crime. L'homme qui serait pris sur le fait jetant dans les réservoirs de Montréal des cultures de bacille d'Eberth, échapperait-il à la sanction de la loi protégeant ces réservoirs? Mais il faut plus, il faut que l'opinion publique se réveille et qu'au moment venu elle soit prête à appuyer de son autorité dictatoriale la voix de l'Hygieniste qui combat pour elle. Il faut secouer l'indifférence de ceux qui ne sont indifférents

que parce qu'ils ne comprennent pas. Et c'est à nous médecins que revient l'honneur et le devoir de le leur faire comprendre.

Quelques propos sur la paralysie générale de la syphilis

PAR M. LE PR Fournier

Indications préventives.—Méthode du traitement mercuriel à termes tardifs

De l'observation et de la statistique, il résulte qu'au total, une fois la syphilis acquise, l'unique garantie du malade contre les risques éventuels de la paralysie générale réside dans un traitement antisiphilitique méthodiquement et longtemps poursuivi. Ce traitement peut avoir ses défaillances, et ce n'est que trop vrai et c'est entendu. Mais enfin il constitue ce que nous avons de mieux, et c'est à nous d'en faire bénéficier le malade.

Eh bien, ce traitement préservateur—qui doit être, cela est encore entendu, un traitement mercuriel d'une façon sinon exclusive, au moins très prédominante, l'iode n'ayant que peu de vertus préventives,—ce traitement, dis-je, est-il aujourd'hui compris comme il devrait l'être au mieux des intérêts du malade et fournit-il son maximum possible de rendement utile? Je ne le crois pas ou, pour mieux dire, je crois précisément le contraire. M'est avis que nous pourrions mieux faire que nous ne faisons et obtenir du mercure plus que nous n'en obtenons. Et comment cela?

Serait-ce en augmentant la durée du traitement mercuriel? Non. Car la cause des longs traitements est partie gagnée de nos jours. Nous ne sommes plus au temps où l'on jugeait suffisante une cure mercurielle de six mois. Actuellement et d'une façon presque générale, on accorde au traitement mercuriel des durées de deux ans, de trois ans, de quatre ans, et certains médecins dépassent même ce dernier terme. Vraiment il serait excessif, non moins d'ailleurs qu'inutile, je crois, d'aller plus loin, au moins pour la grande majorité des cas.

Serait-ce en substituant au traitement ordinaire ce qu'on appelle aujourd'hui le traitement intensif ? Non encore. Car, excellent, indispensable en temps que médication temporaire, en vue de supprimer à bref délai telle ou telle lésion menaçante, le traitement intensif est détestable et aussi contre-indiqué que possible en tant que le traitement usuel de la maladie ; cela pour nombre de raisons que j'ai développées ailleurs (1) et qu'il serait hors de propos de reproduire ici.

Serait-ce, sans recours à des méthodes exceptionnelles et sans supplément de durée, en distribuant d'une autre façon qu'on ne le fait aujourd'hui la série des cures mercurielles, c'est-à-dire en mettant en œuvre une méthode nouvelle que j'étudie depuis plusieurs années et à laquelle j'ai donné le nom (car il faut bien baptiser toute chose pour la distinguer) de Méthode des cures mercurielles à termes tardifs ? Peut-être, oui. J'espère que l'Académie me permettra quelque jour de lui présenter *in extenso* l'exposé de cette méthode, qui n'est après tout qu'une modification apportée au traitement préconisé par moi de vieille date sous le nom de traitement chronique intermittent. Pour aujourd'hui, incidemment amené à en parler à propos de notre sujet, je n'en dirai que quelques mots strictement nécessaires à l'intelligence de ce qui va suivre.

Un point sur lequel on s'est mis d'accord depuis une vingtaine d'années environ, c'est qu'il n'est possible de venir à bout de la syphilis (c'est le cas du reste pour toutes les maladies chroniques), qu'au prix du traitement long, très long, qu'il n'est pas d'exagération à fixer en moyenne à quatre ans.

Or, ce traitement de quatre ans, comment l'accomplit-on généralement aujourd'hui ? On le place en bloc et tout entier au début de la maladie. C'est-à-dire qu'au cours des quatre années qui suivent le chancre, on soumet le malade à une série de cures mercurielles séparées les unes des autres par des intervalles de repos thérapeutique. Puis, cela fait, on juge tout avoir fait au mieux des intérêts du malade et on le congédie. Telle est bien—n'est-il pas vrai ?—la pratique actuelle et presque générale.

Eh bien, j'aurais mauvaise grâce à médire de

cette pratique, à l'institution de laquelle j'ai contribué pour ma part, qui m'a rendu de très grands services et qui, si je ne m'abuse, a constitué, en son temps, un réel progrès par rapport aux anciennes méthodes. Mais force m'est de reconnaître qu'elle a ses défaillances, qu'elle connaît des revers. Aussi bien me suis-je demandé et ai-je recherché empiriquement s'il n'y aurait pas moyen, grâce à une stratégie plus habile, à un dispositif plus avisé du traitement, d'en obtenir des résultats plus complets. Et j'ai observé étudié en ce sens. Or, pour arriver au fait, il m'a semblé—je dis il m'a semblé et rien de plus, car on sait combien il est délicat et hasardeux d'aboutir à des conclusions fermes en pareille matière—que ce traitement de quatre ans, même sans supplément de durée, est susceptible d'un rendement préventif supérieur si l'on prend soin de le fragmenter, de le diviser en plusieurs périodes échelonnées à échéances plus ou moins distantes, par exemple, pour fixer les idées par un schéma, de procéder comme il suit :

Au début, traitement fort placé au seuil de la maladie, et continué méthodiquement pendant les deux premières années, sous forme d'une série de cures mercurielles vigoureuses (vigoureuses, car il convient, comme l'a dit M. Taylor, de "casser d'emblée les reins" à la maladie), cure alternant avec des stades intercalaires de repos thérapeutique.

Puis, cela fait, suspendre toute médication pour deux ans ;—et placer à la cinquième année approximativement un second traitement, celui-ci de la durée d'un an.

Puis, derechef suspendre la médication pour quelques années, et refaire un troisième traitement d'un an vers la septième ou huitième année.

Tel est, en abrégé, le programme ;—programme, bien entendu, tout à fait schématique, sujet à tous amendements, absolument modifiable suivant les indications, les éventualités, les surprises du cas particulier.

Qu'on me fasse la grâce de le croire, ce n'est pas par simple fantaisie ou par désir d'innovation que j'ai été conduit à modifier de la sorte l'ordonnance du traitement antidiathésique. J'ai obéi à d'autres mobiles, à des résultats d'observation, à une série de considérations qui ne

(1) *Traitement de la syphilis*, 1^{re} édit. p. 414.

seraient pas à leur place ici, mais dont vous me permettez bien cependant de citer quelques-unes.

I.—Ainsi, tout d'abord, un fait empiriquement certain est que, sauf exceptions assez rares, un traitement mercuriel d'énergie moyenne (je ne dis pas intensif), méthodiquement suivi pendant les deux premières années de la maladie, suffit très généralement à imposer silence aux manifestations diathésiques et à obtenir ce que nous appelons l'accalmie secondaire, accalmie généralement persistante pour un laps de quelques années. S'il en est ainsi, pourquoi continuer sans trêve le mercure ? A quoi bon tout au moins reprendre le mercure à court délai, dès la troisième année ? Puisque, pour l'instant, nous avons de l'avance, profitons de notre crédit pour laisser reposer le malade un certain temps.

II.—D'autre part, il ressort de l'expérience qu'un traitement initial de deux ans ne constitue pas une garantie d'avenir illimitée. Car, plus je vieillis en double société de la syphilis et du mercure, plus j'acquiesce la conviction qu'il en est du mercure comme du vaccin. Comme le vaccin, le mercure est un préventif ; qui oserait aller à l'encontre ? Mais, comme le vaccin aussi, c'est un préventif provisoire, à portée préservatrice temporaire. Il faut revacciner pour obtenir une immunité prolongée ; de même il faut remercurialiser pour mettre le malade à l'abri d'assauts ultérieurs de la syphilis. Je suis persuadé de ceci. En prenant du mercure, le syphilitique contracte avec la syphilis un bail d'immunité pour un temps ; c'est parfait. Mais il en est de ce bail comme de tous les baux ; vient un temps où il ne vaut plus rien, où il est périmé ; et alors, sous peine d'en perdre les avantages, il faut le renouveler.

Une belle preuve, voir, comme disent les mathématiciens, une "démonstration élégante" de ce qui précède, nous est donnée par un fait clinique bien connu des accoucheurs, à savoir l'alternance possible, dans les ménages syphilitiques, de grossesses heureuses et de grossesses malheureuses, suivant l'intervention ou la non-intervention du traitement. Je m'explique par un exemple : Une femme affectée, je suppose, d'une syphilis récente, devient enceinte et se traite correctement ; elle accouche à terme d'un enfant

vivant, qui continue à vivre et, pour le moins, semble exempt de syphilis.—Elle ne se traite plus et, peu après, devient enceinte de nouveau ; cette fois elle avorte ou bien accouche d'un enfant qui naît syphilitique et qui meurt le plus souvent.—Alors, elle se traite à nouveau ; survient une troisième grossesse, laquelle amène un enfant sain. Des observations de cet ordre existent en bon nombre dans la science et ne sont plus à citer.

Cela est tellement vrai, j'entends l'influence mercurielle est si puissante sur le produit de conception et, d'autre part, cette influence est susceptible de se dissiper si rapidement que je me chargerais volontiers, si l'expérience n'était profondément immorale, de faire faire à une femme syphilitique alternativement des enfants sains et des enfants syphilitiques, suivant que je la traiterais ou ne la traiterais pas. Mais cette expérience, qui n'est pas réalisable sur l'espèce humaine, le sera peut-être quelque jour sur l'espèce animale, par exemple sur les chimpanzés de M. Metchnikoff. Je prends la liberté de la signaler à notre éminent collègue.

Eh bien, s'il en est de la sorte, si le mercure a un pouvoir préventif tel que la question de vie ou de mort pour un fœtus soit réglée par lui, ne sommes-nous pas vraiment autorisés à nous demander si son intervention ne serait pas également apte à conjurer une manifestation quelconque de syphilis (gomme, exostose, sarcocèle, artérite, et pourquoi pas paralysie générale ?) Il est bien rare, on en conviendra, de voir une explosion de tertiarisme se produire au lendemain d'une cure mercurielle, surtout d'une cure mercurielle active et prolongée, succédant elle-même à d'autres cures semblables.

III.—Enfin, une troisième considération m'a vivement frappé, et je tiens à vous la soumettre.

C'est qu'en définitive les syphilis les plus mauvaises pour les malades, les plus redoutables comme terminaisons, ne sont pas toujours—et tant s'en faut—celles qui sont quelque peu fécondes en accidents, celles qui se signalaient par des rechutes, des réveils, des "poussées," comme l'on dit. Et de même pour certaines syphilis à grand fracas, qui font beaucoup de bruit pour un temps, puis qui, finalement, rentrent dans le silence et n'ont pas de conséquences éloignées.

Mauvaises au contraire par excellence et périlleuses pour les malades sont les syphilis initialement bénignes et douces, qui débutent par un petit cortège de manifestations anodines, qui se laissent bientôt dominer par le traitement, qui restent muettes au-delà pour des laps de temps considérables, puis qui, tout à coup, inopinément, 10, 20, 25 ans, ou plus tard même, se révèlent par un coup de foudre tertiaire, lequel coûte aux malades un organe ou la vie. De cela, que d'exemples aurais-je à citer !

Eh bien, pourquoi la bénignité relative des syphilis du premier ordre et pourquoi la gravité de celles du second ? La raison n'en est autre que celle-ci, quand on descend à l'analyse des observations :

C'est que les premières, du fait même de la multiplicité de leurs accidents et de leurs récidives, ont été forcément traitées à maintes reprises et traitées à des étapes diverses de la maladie, étapes plus ou moins tardives, donc distantes du début morbide ; tandis que les secondes, rentrées immédiatement dans le silence, n'ont guère été traitées que dans les premiers stades de la maladie, n'ont pas subi les atténuations, les dépurations successives d'une série de cures mercurielles, et, par suite, ont conservé à l'état latent leur degré de virulence originelle.

En sorte que, sous une forme apparemment paradoxale qui ne serait en réalité que l'expression d'un fait absolument vrai, on pourrait dire ceci : les bonnes syphilis sont celles qui, par des accidents multiples, se rappellent à l'attention du malade, obligent à ce qu'on s'occupe d'elles, et, somme toute, se font traiter ; — tandis que les mauvaises sont celles qui, faute d'accidents, se font oublier.

En tout cas, il ne saurait rester douteux de par ce qui précède, — et tout l'intérêt de la question est là pour notre sujet actuel, — que la syphilis ne puisse être modifiée dans son cours, atténuée comme nombre et qualité de manifestations, c'est-à-dire appauvrie ou mitigée par l'influence préventive de cures mercurielles intervenant à des étapes plus ou moins avancées de son évolution.

Cela étant, l'indication de telles cures, à savoir de cures distantes du début morbide, se trouve posée et le principe d'un traitement de cet ordre

nettement reconnu ; et telle est ma méthode des cures mercurielles à termes tardifs.

Oui, mais ici surgit une difficulté, car l'on dira et l'on m'a dit déjà : " Soit ! ces cures tardives pourront, devront même avoir, certainement, leur utilité. Mais comment les faire intervenir à temps ? A quels termes les placer au cours du tertiariisme ? Comment tomber juste, de façon opportune, c'est-à-dire de façon à prévenir un orage tertiaire qui se prépare, de façon, par exemple, à conjurer une paralysie générale qui va s'élaborer ? "

Ma réponse ne pourra être que la suivante : Ceci n'est plus qu'affaire d'empirisme. Manifestement, on ne peut prendre conseil à ce point de vue que des statistiques d'échéance du tertiariisme. Or, entre toutes les statistiques relatives aux divers accidents du tertiariisme, pourquoi ne pas choisir de préférence celle qui a trait aux échéances de la paralysie générale ? La paralysie générale n'est-elle pas le pire méfait possible de la syphilis, le plus grave, le plus inexorable ? D'autre part, n'est-elle pas, ainsi que nous l'avons démontré précédemment, une manifestation de tertiariisme moyen, donc une manifestation en harmonie chronologique avec la grande majorité des processus tertiaires ?

Précisons et parlons en chiffres. Une statistique précitée nous a révélé deux résultats d'importance tout à fait majeure, à savoir :

1o. Que la paralysie générale commence à entrer en scène, du moins pour une proportion numérique importante, avec la sixième année ;

2o. Qu'elle bat son plein de la sixième à la douzième année, en atteignant un fort maximum vers la dixième.

Eh bien, comme déduction logique, est-ce qu'un traitement mercuriel important ne trouverait pas sa place indiquée, en tant que traitement préventif, vers la cinquième année, d'une part, et d'autre part, vers la septième ou la huitième ? Est-ce qu'un traitement de ce genre ne serait pas mieux placé à deux termes qu'à toute autre échéance ? N'est-il pas en tout cas d'indication plus rationnelle à ces deux échéances qu'à la troisième et la quatrième année, où s'obstine à le maintenir une pratique traditionnelle, qui pourrait bien être entachée de routine ? — Il va sans dire, du reste, et je le répète une der-

nière fois, qu'un tel programme ne saurait avoir rien d'inflexible et reste incessamment soumis aux enseignements de l'expérience.

Je crois que ce traitement à termes distants ou, pour parler d'une façon plus générale encore, que les cures mercurielles itératives intervenant à des étapes avancées du tertiariisme m'ont rendu maintes fois les plus utiles services ; je l'affirmerais même en particulier pour ce qui concerne l'hérédité syphilitique, car en l'espèce, l'évidence s'impose.

J'estime donc cette méthode rationnellement préférable pour le moins à la méthode ancienne qui concentre tout l'effort thérapeutique sur les premières années de la maladie.

Que produira-t-elle, cette méthode, que sera-t-elle capable de produire par rapport à la paralysie générale ? De cela je ne saurais rien préjuger, bien entendu, car elle est neuve encore, et il faudra de longues années pour déterminer ce qu'elle peut valoir à ce point de vue. En face d'une situation navrante, n'ayant eu jusqu'ici d'autre issue que la mort, j'ai cherché à faire quelque chose de mieux que ce qu'on a fait jusqu'à ce jour, et j'ai abouti à un expédient qui, basé sur une indication rationnelle et étayé de quelques preuves d'analogie, m'a semblé digne d'être soumis à l'expérience. Rien de plus.

Aussi bien établirai-je une distinction formelle absolue, entre les deux conclusions par lesquelles je vais terminer ce paragraphe, vous présentant l'une comme un fait acquis démontré, certain et ne vous donnant l'autre qu'au titre d'une conception encore hypothétique, à soumettre au critérium de l'expérience :

10. La meilleure sauvegarde, disons même l'unique sauvegarde d'un sujet syphilitique contre la paralysie générale réside dans un traitement antisiphilitique ou, précisons mieux encore, dans un traitement mercuriel méthodiquement institué et longuement, très longuement poursuivi.

Voilà la vérité, la certitude ;—et maintenant voici l'indication, l'hypothèse à vérifier :

20. Des différents modes d'application de ce traitement, celui qui est dit traitement mercuriel chronique à termes tardifs semble offrir le plus de garanties préventives et se recommande au choix du praticien.

Contribution à l'étude clinique du Salicylarsinate de Mercure

(ENESOL)

(Par le Dr Louis Loquin, ancien interne de l'hôpital général de Dijon, ancien prosecteur et lauréat de l'Ecole de Médecine de Dijon.)

Dans ce travail le Dr Loquin n'a pas eu l'intention d'indiquer un spécifique ayant une valeur curative supérieure aux autres composés mercuriels employés dans le traitement de la syphilis, mais simplement d'étudier la valeur d'un composé spécial, le salicylarsinate de mercure ou Enésol, qui, en raison même de sa composition chimique, mercure et arsenic associés à l'acide salicylique lui-même a semblé posséder une action élective spéciale sur l'élément nerveux.

C'est le résultat de ses expériences et de ses observations que le Dr Loquin publie dans ce travail qui a porté sur un ensemble de malades traités en majeure partie par injections et un petit nombre seulement par injection sous forme pilulaire.

HISTORIQUE

C'est au Dr Coignet que nous devons la première étude clinique de ce sel—on en trouve le compte-rendu dans le no du 5 juin 1904, du *Lyon Médical*—à la suite d'une série de 800 injections, il conclut que :

10. Le salicylarsinate de mercure a une toxicité très faible.

30. Il n'est pas douloureux.

40. Ses effets thérapeutiques doivent le faire classer dans la catégorie des bons sels mercuriels.

En France les médecins qui se sont occupés de la question, dans la suite sont arrivés tous aux mêmes conclusions, en ajoutant cependant un point intéressant, savoir l'affinité spéciale de ce sel de mercure pour l'élément nerveux et comme résultante immédiate, l'action remarquable de l'énésol dans la syphilis nerveuse en général et dans la syphilis cérébrale en particulier.

ETUDE CHIMIQUE

Le salicylarsinate de mercure est soluble dans

l'eau, et la solution peut-être portée à 120° C sans qu'il y ait dissociation de ses trois éléments, mercure, arsenic et acide salicylique ; il peut donc être en solution absolument stérile.

La solution ne coagule pas l'albumine—elle peut donc être employée en injection sans aucun danger.

Un centigramme du sel correspond à 0,0087 de biodure de mercure.

Un centimètre cube de sa solution au titre de 0 gr. 03 par c.c. correspond à 0 gr. 026 de biodure.

PHYSIOLOGIE.—MODE D'ACTION.— TOXICITÉ

Le point à retenir est que le mercure combiné à l'acide salicylique est "latent", c'est-à-dire qu'il a perdu les réactions générales des sels de mercure, qu'il ne peut plus être décelé à l'analyse par les méthodes ordinaires, et de ce fait a perdu une grande partie de sa toxicité.

Il en est de même de l'arsenic qui lui est combiné.

Il en résulte au point de vue chimique que le salicylarsinate a une très faible toxicité par rapport aux quantités de mercure et d'arsenic qui entrent dans sa composition.

Les expériences du Dr Coignet sont absolument concluantes à cet égard.

ETUDE CLINIQUE

10. *Solutions à injecter.*—On trouve l'énésol sous forme de solution en ampoules scellées.—Chaque centimètre cube correspond à 0 gr. 03 de salicylarsinate de mercure, qui est la dose la plus couramment employée.

20. *Posologie.*—La solution type étant dosée à 0 gr. 03 par cc. la dose à injecter variera selon la gravité des accidents syphilitiques.—Mais d'une façon générale on peut faire des injections quotidiennes de 0 gr. 03 soit 1cc par séries de 20.—On laisse reposer le malade 8 à 10 jours puis on fait une seconde série de 10 piqûres.—Dans d'autres cas on peut faire une injection de 0 gr. 06 tous les trois jours jusqu'à concurrence de 30 à 35 piqûres.

Dans les cas particulièrement graves, on peut injecter une dose de 0 gr. 06 chaque jour pendant quinze à vingt jours.

Mais dans chaque cas il est bon de s'assurer de la parfaite intégrité du rein, par lequel le mercure s'élimine en grande partie, et pour ce, rechercher souvent l'albumine dans les urines des malades surtout de ceux soumis à un traitement intensif.

Chez les enfants, la dose variera avec l'âge du sujet et sa résistance.

D'après le professeur Weill, de Lyon, un enfant de treize jours peut recevoir 2 millimètres cubes de la solution à 0 gr. 03 par cc., un enfant de 2½ mois la dose quotidienne de 0 gr. 01.

30. *Instrumentation.*—La seringue en verre à piston en amiante est de beaucoup la meilleure. On peut cependant se servir de n'importe quelle seringue, même d'une seringue en métal, bien qu'à la longue le liquide mercuriel attaque le piston.

40. *Choix de la région.*—Il existe deux points d'élection : 10. la fossette retro-trochantérienne, ou fossette de Smirnof, située à un bon travers de doigt en arrière du grand trochanter ; 20. les masses musculaires de la région dorso-lombaire.

50. *Technique opératoire.*—Le point d'élection étant la fossette retro-trochantérienne, le malade sera couché sur le dos, la cuisse en demi-flexion sur le bassin—sa peau ayant été lavée à l'alcool, l'injection sera pratiquée en plein muscle—l'aiguille longue de 2 à 3c/m doit être enfoncée d'un seul coup sans hésitation—on retire alors la seringue pour s'assurer qu'il ne vient pas de sang, en laissant, bien entendu, l'aiguille plantée en place—s'il venait du sang, il vaut mieux opérer un peu plus loin.—Injecter lentement et retirer l'aiguille d'un coup sec.—La piqûre n'est en général pas douloureuse, parfois une légère douleur persiste durant les dix minutes qui suivent. Parfois il se forme une nodosité avec légère réaction douloureuse, qui dure trois à quatre jours, mais cède vite aux compresses d'eau bouillie chaude.

SUITES ET INCONVENIENTS DES INJECTIONS

Ce sont ceux de tout traitement mercuriel, stomatite, gingivite, troubles intestinaux. La gingivite apparaît rarement aux doses prescrites si le malade a soin de suivre rigoureusement les

précautions d'hygiène buccale préconisées : nettoyage des dents et de la bouche après chaque repas, lavements fréquents de la bouche et des gencives avec une solution de chlorate de potasse :

Chlorate de potasse.... 2 à 6 grammes
Eau..... 150 grammes

Les troubles gastro intestinaux font complètement défaut dans la méthode hypodermique.

Un point intéressant à noter est l'influence de l'énésol sur l'élément nerveux et en particulier le centre genito-spinal. Dans certains cas on note des érections avec ou sans pollutions, et des phénomènes d'excitations génitales très marquées, parfois des phénomènes d'excitation cérébrale avec insomnie et agitation : et ce au point de pouvoir être amené à supprimer les injections.

En terminant son travail, le Dr Loquin insiste sur la prédilection de l'énésol pour l'élément nerveux—la syphilis cérébrale, le tabès, la paralysie générale ont été améliorés d'une façon très nette dans ses observations.

Enfin, l'action tonique de l'arsenic associé au mercure n'est pas à dédaigner dans une maladie débilitante comme la syphilis.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 5 mars 1907.

Sous la présidence de M. A. Marien.

Membres présents: MM. Aubry, (lieutenant-colonel) A. Bernier, Bourgouin, B. Bourgeois, S. Boucher, Brisset, Dion, Desrosiers, W. J. Dero-me, J. Descarie, Grenier, U. Gagnon, Hanfield, R. Hamelin, H. Lebel, A. Laramée, J. Lesage, R. Larose, J. Leduc, C. Laroque, A. Marcil, R. Mas-son, Marin (conseiller municipal), F. de Martigny, Ricard, Racicot, Verner, Valin.

M. A. Laraméc donne lecture du procès-verbal des deux dernières séances.

Avant l'adoption de ces procès-verbaux le Dr Lesage soulève une objection concernant la nomination de M. Kinton-Dorion, comme membre cor-

respondant, de la Société Médicale de Montréal, s'appuyant sur l'article 6 de la constitution, il croit qu'il aurait mieux valu attendre que M. K. Dorion fut définitivement installé avant de procéder à son élection.

M. F. de Martigny annonce à l'assemblée que M. K. Dorion est actuellement fixé à Boston, mais il ne peut dire si cette installation est définitive.

M. S. Boucher croit que les membres de la Société Médicale devraient être plus judicieux dans le choix de leurs membres correspondants et, considérant, que dans cette élection, il y a eu irrégularité, et comme cela, peut causer un précédent, il demande la reconsidération du vote.

M. LeSage, n'est pas opposé à la nomination de M. K. Dorion, comme membre correspondant, mais ce qu'il veut surtout, c'est de faire respecter la loi.

M. J. Décarie, un des parrains de M. Dorion, croit que nous ne devrions pas nous montrer aussi sévères dans le choix des membres correspondants, car, par leur entremise, la Société sera connue et son oeuvre sera répandue.

M. Lesage, propose alors que le procès-verbal de la dernière séance soit adopté.

M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre de Lady Hingston, dans laquelle elle remercie les membres de la sympathie dont ils ont fait preuve à son égard, dans le deuil cruel qui vient de la frapper.

M. Marin (conseiller municipal) adresse à la Société Médicale de Montréal, une lettre, dans laquelle il demande aux membres de la Société de bien vouloir formuler leur avis, concernant la valeur hygiénique du pavage en asphalte ou en blocs de granit. Il dit que la Commission de la Voirie a décidé de paver toutes les rues avec des blocs de granit et comme les contrats doivent se donner dans un temps très-court, il demande aux membres de faire rapport aussitôt que possible, et d'adresser copie de ce rapport à la Commission d'Hygiène et à la Commission de la Voirie.

M. LeSage, bien que toujours soucieux de faire respecter la loi, demande s'il ne serait pas opportun, en cette occasion, de laisser de côté les règlements et d'étudier ce soir même, cette question importante, et il suggère que deux membres non-

més par le Président, soient chargés de faire rapport.

MM. Décarie et R. Masson appuient les remarques de M. Lesage. Puis M. de Martigny propose secondé par M. Masson que MM. Lesage et Valin soient chargés de faire un rapport sur cette question dans le plus bref délai, avec pouvoir de s'adjoindre des membres.

Sur proposition de M. Bourgeois et Verner M. Bédard, praticien à Saint-Rémi, est nommé unanimement, membre correspondant de la Société Médicale.

Ordre du jour : — Motion par M. Lesage.

Il est proposé, secondé par M. G. Decarie, qu'une commission soit nommée afin d'étudier (a) la question du taux *re-examen* d'assurance sur la vie, (b) la question des médecines patentées, à propos d'un bill actuellement pendant devant la Chambre des Communes ;

Et qu'un rapport soit soumis à l'une des prochaines séances.—Motion par M. F. de Martigny.

Il est proposé, secondé par M. Lesage, qu'une somme de \$15 soit votée par la Société Médicale pour faire imprimer le travail de M. R. Masson, sur l'allaitement maternel, que des copies soient distribuées aux membres de cette Société et à ceux des sociétés sœurs, et que le vote, sur cette question soit pris au bulletin secret.

MM. Handfield et Marcell sont nommés scrutateurs. Le résultat du vote est de 14 pour 10 contre.

M. S. Boucher demande que la Société Médicale fasse, à la commission chargée d'étudier la question du lait, une subvention pour lui aider à défrayer les dépenses ; telles que papeterie, circulaires, avis de convocation, timbres-postes, etc., M. F. de Martigny donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera qu'une somme de \$10.00 soit allouée à la commission.

20. Un cas de lymphadénie, par M. Bourgouin.

M. Bourgouin donne une étude très détaillée de la lymphadénie. Il passe en revue les différents types de leucémie, avec ses caractères et sa pathogénie. Laisant de côté la partie purement pathologique, il montre les différentes modifications que subit le sang dans cette affection contre laquelle la science est à peu près impuissante. Il relate cinq observations avec examen détaillé du sang et conclut que pour pouvoir obtenir des résultats, le diagnostic doit s'appuyer sur l'examen et l'analyse du sang, alors l'affection sera dépistée avec plus de sûreté et la chirurgie, dans certaines formes de cette affection, pourra arriver à sauver la vie des malades.

30. A propos du sérum de Marmorek, par M. F. Monod. Vu l'absence de M. Monod, retenu au dehors par services professionnels, la lecture de ce travail est remise à la séance suivante.

M. Z. Rhéaume est élu membre titulaire de la Société Médicale à l'unanimité.

NOUVELLE.— Dans sa séance du 4 mars 1907, la Faculté de Médecine de l'Université Laval, à Montréal, et les autorités de l'Hôtel-Dieu ont chargé M. le Docteur Marien de la direction et de l'organisation du service de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, avec le concours de MM. les Docteurs Merrill et St. Jacques. Le successeur à la chaire de Professeur de clinique chirurgicale et de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, ne sera définitivement nommé qu'à une date ultérieure.

BOULESTIN
& CIE
COGNAC



C'est le brandy qu'il vous faut prendre si vous êtes faible et sans énergie.

Ce cognac est pur vin, distillé seulement avec le jus du raisin.

Pendant la convalescence les médecins recommandent du cognac à leurs malades.

C'est le

“BOULESTIN”

qui est le meilleur à prendre:

Vendu partout ou chez

L. CHAPUT, FILS & Cie,
AGENTS.

2, 4, 6 et 8 rue DeBresoles MONTREAL.